

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

348

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Renée-Louise CALVET née COTTINEAU

Née à Paris, le 25 Décembre 1910

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

FIBROMES UTÉRINS

ET

OCCLUSIONS INTESINALES

Président : M. LENORMANT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Renée-Louise CALVET née COTTINEAU

Née à Paris, le 25 Décembre 1910

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

FIBROMES UTÉRINS

ET

OCCLUSIONS INTESTINALES

Président : M. LENORMANT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	OLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL-
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLEt
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	Pathologie chirurgicale
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	Physiologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BULLIARD	Histologie.	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	GIROUD
COSTE	Pathologie médicale.	HAGUENAU
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HALPHEN
DOGNON	Physique.	HAZARD
FUNCK-		HUGUENIN
ERENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	JOANNON
FEY	Urologie.	LACOMME
GAILLARD	Parasitologie.	LANTUEJOUL ..
GASTINEL	Bactériologie.	LAROCHE Guy.
		Pathologie médicale.
		LAVIER
		Parasitologie.
		LELONG
		Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.

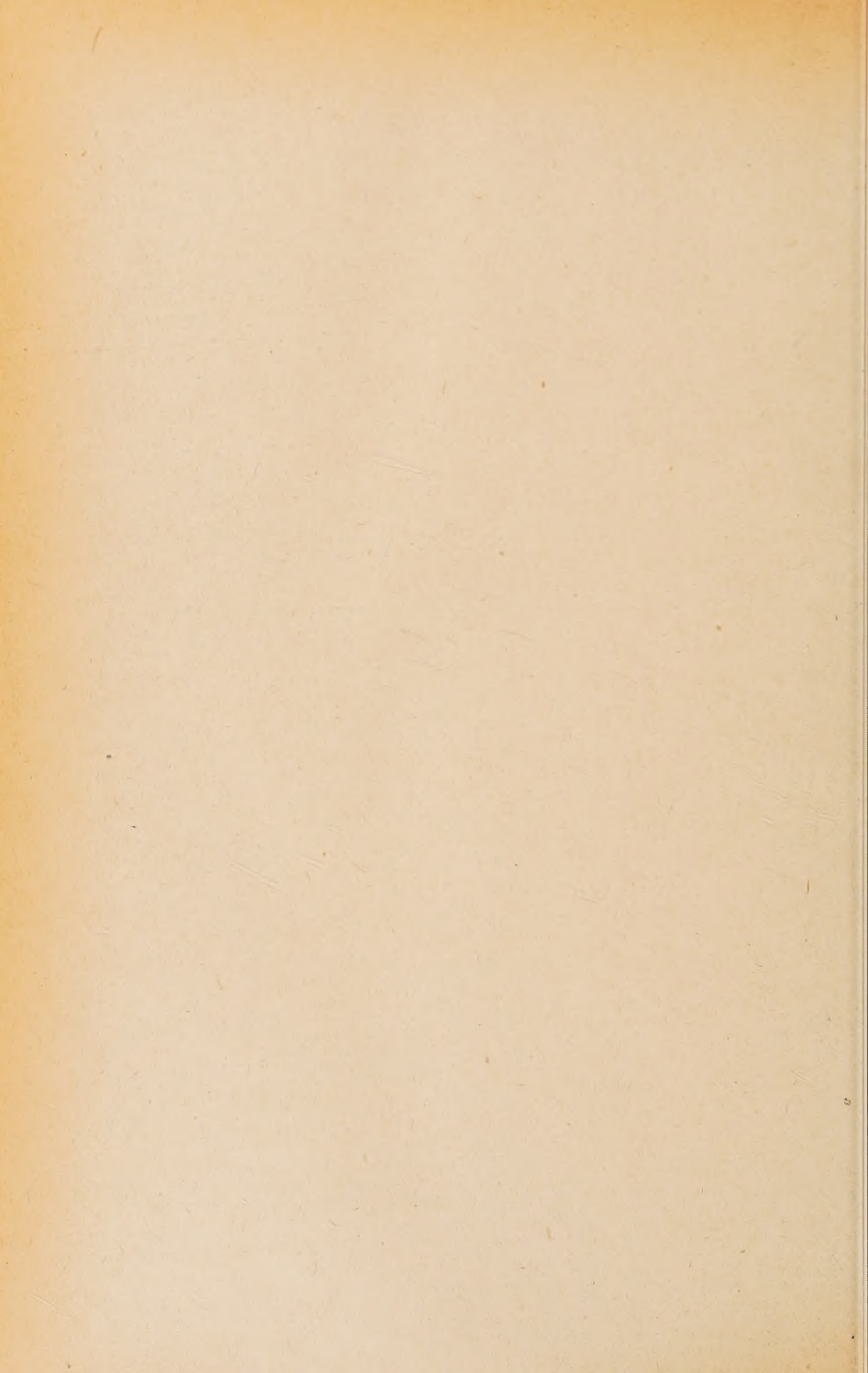
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MON MARI

A MA SŒUR

A MON ONCLE, LE DOCTEUR RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Maritime de Berck

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

*Je le remercie de l'enseignement qu'il m'a
donné, et de l'affection qu'il m'a, en toutes
circonstances, témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

Médecin de l'Hôpital Bichat

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WILMOTH

Chirurgien des Hôpitaux

Je leur dois, et je leur porte une reconnaissance toute particulière.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Qui m'a permis de suivre son enseignement et a bien voulu me confier une observation personnelle.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT	1929-1930
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL	—
MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY	1930

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR SORREL	1931
MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD	—
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT	1932
MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY	1933
MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT (<i>In Memoriam</i>)	—
MONSIEUR LE DOCTEUR R. CLEMENT	1934
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LABBE	—
MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE	1935
MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN	—
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT	1936

Ils ont bien voulu m'accueillir dans leur service, et je leur suis redevable de ce que j'ai appris pendant mes années d'étude.

A MESSIEURS LES DOCTEURS MENEGAUX ET PATEL
Chirurgiens des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS
DELAHAYE, FERRAND, MOZER, OBERTHUR

A MES CONFÉRENCIERS

MESSIEURS LES DOCTEURS DAVIOUD (*In Memoriam*)
MOLLARET, MOYSE, SIGWALD

A TOUS MES AMIS

Avant - Propos

Lorsqu'on étudie les complications des fibromes utérins, il est habituel de citer, parmi des accidents dits mécaniques, la compression du rectum ou du sigmoïde par la tumeur, et d'envisager comme traduction clinique une gêne de la circulation des matières pouvant réaliser au maximum une occlusion complète.

Or il faut reconnaître que, si loin de se satisfaire tout de suite de cette notion classique, on cherche à en mesurer la valeur réelle à la lecture de quelques observations choisies, on est bien vite amené à penser qu'il n'y a là qu'une formule un peu rituelle, scrupuleusement reproduite de traité en traité, mais sans fondement assuré.

De là à nier la possibilité d'occlusion aiguë d'origine fibromateuse vraie, le pas est souvent franchi, surtout que dans bien des cas on a montré que le fibrome joue le rôle d'un véritable masque, dissimulant une autre cause d'occlusion, et, tout spécialement, cachant un cancer du tube digestif.

Il nous a donc paru intéressant de relire les observations, à vrai dire peu nombreuses, que l'on peut rassembler sur le sujet, et comme l'a fait avant nous

GEMAIN dans sa thèse, d'en chercher la valeur et la place. Nous y avons ajouté quelques cas inédits que nous devons à nos Maîtres, les Professeurs MOCQUOT et MONDOR, et une observation recueillie dans le service de notre Maître le Professeur LENORMANT.

Grâce à ce matériel assez nombreux nous avons essayé d'établir la réalité et la fréquence des occlusions intestinales relevant vraiment d'une origine fibromateuse.

Historique

Il semble que les auteurs se soient très rapidement rendu compte de la rareté des occlusions par tumeurs fibromateuses. Les observations que l'on en peut recueillir n'ont jamais été en nombre malgré que l'on ait feuilleté les mémoires des Sociétés savantes à partir d'une date assez éloignée.

Vers 1857 on rapporte à la Société d'Emulation de Paris un cas d'occlusion au cours de la grossesse. Puis KOEBERLÉ mentionne que les corps fibreux de la matrice peuvent obliger à des interventions sur le tube digestif (1869). PETER EADE, et après lui KIDD apportent quatre cas d'obstructions par tumeurs fibreuses de l'utérus. En 1873, GUÉNIOT fait un rapport à la Société de Chirurgie sur un mémoire de FAUCON qui avait trait à une variété d'étranglement interne reconnaissant pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes. Cinq observations appuyaient ce travail et le traitement proposé avait été la dérivation des matières.

A la suite de ce premier essai sur la question on trouve encore des communications isolées de FOUTIER dans la *Gazette Médicale de Paris*, de JULES HÜE dans les *Annales de Gynécologie* relatant des cas trai-

tés par refoulement de la tumeur pelvienne dans l'abdomen. En 1883, citons encore deux observations de SCHWARTZ dans la *Revue de Chirurgie*.

Puis vient la thèse de COFFIN (1888) qui rapporte un cas de TERRILLON concernant une occlusion chronique par fibromyome, cas douteux, car malgré une castration double la malade mourut quarante jours après d'un étranglement interne. Citons encore GUERMONPREZ (1895), MEMET (1896), LUYSS (1898), TURNER (*Thèse*, 1900), BOECKEL et LE NOUENNE, à qui on doit quelques études, pour en arriver à la publication, dans la revue de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux, de CHAVANNAZ, qui décrit et applique le premier une thérapeutique logique (1901).

Après, ce ne sont à nouveau que publications isolées et pas toujours très documentées parmi lesquelles il faut lire FERCY PATON, GALLOIS, GOUILLOU. L'ouvrage de PELLANDA (*Thèse*, Lyon, 1904), la *Thèse* de MAZET (Bordeaux, 1906), sont les plus importantes parmi les études de cette époque, avec celles de CULLINGWORTH (1896), de TRAWERS (1901), à l'étranger.

Dans la période actuelle, si le sujet a été, au moins partiellement, envisagé par BERNADET dans sa thèse (Toulouse 1922), et par VLACHOS (*Thèse*, Paris, 1921), il faut arriver aux communications d'OKINCZYK à la Société de Chirurgie (1930 et 1933), pour constater que l'on dénie toute réalité à la possibilité de la séquence fibrome et occlusion, et qu'on n'y veut voir qu'une coïncidence.

Cependant des observations plus travaillées pouvaient être dès cette époque réunies. A l'étranger, PEREZ-FONTANA, 1923, HOLDEN, 1926, et surtout SENNEWALD en 1930 avaient présenté des mémoires documentés, avec tous les protocoles opératoires, radiologiques ou même autopsiques désirables. Le travail récent de GÉMAIN (*Thèse*, Bordeaux, 1934) constitue une excellente mise au point de la question.

Certes, on peut dénier à certaines de ces observations une valeur réelle du fait qu'il a, dans certains cas manqué, soit l'acte opératoire, soit une exploration suffisante de la cavité abdominale. Mais nous verrons qu'il demeure cependant un nombre très suffisant de cas précis pour permettre d'individualiser nettement la vérité de cette complication rare des fibromyomes utérins qu'est l'occlusion intestinale aiguë.

Observations

Parmi les observations que l'on peut recueillir sur un pareil sujet, il nous a semblé indispensable de pratiquer quelques éliminations. En effet, il est des cas où la documentation, tant clinique qu'opératoire, est si évidemment insuffisante qu'on ne saurait les faire figurer autrement que par un simple rappel bibliographique. D'autres fois, au contraire, l'observation est si correcte qu'elle mérite un plus long développement.

Nous envisagerons d'abord les cas où, malgré une recherche soigneuse, le fibrome est apparu comme la seule cause possible d'occlusion.

Obs. I. DUCHAUSSOY (*Mém. Acad. Médecine*, 1860).

L'étranglement du rectum, était chez une femme, produit par un fibrome qui le comprimait sur la paroi du sacrum. Il suffisait de déplacer la tumeur pour faire céder les accidents.

Obs. II. HOLDOUSE

(*Transac. of Pathol. Soc. of London*, 1870.)

Une femme meurt au milieu de signes d'occlusion malgré que l'on ait tenté une colostomie lombaire. L'autopsie montre que quatre tumeurs, dont deux fibroïdes volumineux, adhéraient au rectum sur lequel ils s'appuyaient.

Obs. III. BROCA et FAUCON (*Soc. de Chir.*, 1873).

Une malade présentait des accidents d'occlusion intestinale aiguë dont la cause se montra un fibroïde utérin qui comprimait le rectum ; malgré une colostomie lombaire la mort survint. A l'autopsie on constata que les anses intestinales étaient reliées par des adhérences anciennes. Le myome qui comprimait la paroi antérieure du rectum appartenait à la paroi postérieure de l'utérus et était d'un volume qui contrastait étrangement avec l'importance des accidents qu'il entraînait.

Obs. IV. JULES HÜE (*Annales de gynec.*, 1875).

Une femme de 47 ans, ayant eu deux grossesses normales et deux fausses-couches, était depuis de longues années sujette à de la constipation prolongée. En particulier depuis peu cette constipation s'accompagnait de diarrhée presque cholériforme. Les règles étaient annoncées par un redoublement de ces accidents et par des douleurs très marquées. En outre la malade marche difficilement avec une pesanteur croissante dans le ventre comme si elle portait un enfant. Elle présente une pollakiurie diurne et nocturne très marquée. Depuis quelques mois, ces signes se sont aggravés, et la femme ne peut faire quelques pas sans être obligée d'uriner. Les selles ne viennent plus qu'au moyen de purgatifs et de lavements et encore en boules dures et en graviers. La malade n'émet plus de gaz par l'anus. Peu à peu s'installent du ballonnement du ventre, des nausées et des vomissements.

A l'examen, on constate une tumeur solide de la taille d'un utérus gravide de cinq mois, perceptible dès la palpation. Au toucher le canal vaginal apparaît refoulé par une masse arrondie de la consistance presque de l'os, qui s'étend de la face postérieure du pubis vers la conca-

ulté du sacrum. Le col utérin, dur, est reporté tout à fait en arrière. L'exploration bimanuelle montre la mobilité relative de la tumeur. Le toucher rectal permet de constater que le rectum est aplati complètement par une très volumineuse tumeur.

Comme traitement, l'auteur fit une réduction manuelle de la tumeur et par des pressions lentes et dirigées, il réussit à refouler la tumeur dans la cavité abdominale. Immédiatement la malade put se lever et tous les accidents disparurent.

Obs. V. LAMARRE (*Bull. Soc. Anatomique*, 1883)

Publiée aussi par certains sous le nom de Lévêque, 1883.

Une femme de 53 ans qui n'avait jamais présenté auparavant de métrorragies, fut prise à la suite d'une chute de tous les accidents de l'étranglement interne. Ces accidents cédèrent spontanément, mais depuis cette époque cette malade ressent une sensation continuelle de pesanteur dans la fosse iliaque gauche avec des palpitations et des défaillances, mais sans troubles de la miction ni de la défécation. Un an après elle est tout à coup reprise d'accidents d'occlusion intestinale avec constipation absolue, douleur et ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes. L'examen décèle un abdomen distendu et le toucher combiné au palper montre l'existence d'une volumineuse tumeur développée aux dépens de la face antérieure de l'utérus. L'altération de l'état général est telle que l'on renonce à une laparotomie ; la malade meurt en anurie en quelques jours. L'autopsie révèle une tumeur fibreuse du poids de 1.100 grammes, insérée sur le fond de l'utérus par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire, tordu sur lui-même de droite à gauche. Il existe des adhérences péritonéales anciennes. La vessie est aplatie entre le fi-

brome et le pubis et un peu déjetée vers la fosse iliaque gauche. Les uretères sont comprimés au niveau du détroit supérieur. Toute la masse intestinale est aplatie, surtout le gros intestin. L'S iliaque, directement en contact avec la tumeur, est comprimée fortement au niveau du détroit supérieur. Les parties situées juste au-dessus sont très dilatées et renferment une quantité énorme de matières semi-liquides.

Obs. VI. BOECKEL (*Revue de Gynéc.*, 1899).

Depuis sept jours une femme de 53 ans est atteinte d'occlusion intestinale. Il y a un an elle fit une pelvi-péritonite consécutive à une salpingite. Depuis elle a des règles très abondantes et avec caillots. Le début des accidents a été marqué par des douleurs très violentes avec vomissements et diarrhée.

Le pouls est petit et fréquent. Le ventre est uniformément ballonné, avec un maximum de tension dans la région du côlon descendant. Le toucher vaginal montre un utérus volumineux paraissant le siège en avant d'une tumeur que le météorisme empêche d'apprécier avec exactitude. L'auteur pose le diagnostic préopératoire de bride secondaire à de la pelvi-péritonite ancienne.

Mais à l'intervention, il constate que l'utérus est seul en cause. Il s'agit d'un utérus fibromateux, gros comme une tête de fœtus à terme, comprimant l'intestin au niveau du détroit supérieur. L'intestin, de l'extrémité supérieure du côlon descendant au rectum, présente des traces de compression violente ; sa coloration, sur les cinq-sixièmes de sa circonférence est grisâtre ; les tuniques moyenne et interne paraissent rompues, le péritoine demeurant seul. Hystérectomie subtotalé ; entéro-anastomose entéro-rectale. Mort le troisième jour.

Obs. VII. BOECKEL (*Ibid.*).

Une femme de 45 ans est amenée d'urgence pour une occlusion intestinale suraiguë avec un météorisme énorme et des accidents stercoraux. On apprend qu'elle présente depuis sept ans un fibrome utérin qui, dans les derniers mois surtout, aurait grossi au point d'atteindre le volume d'une tête d'adulte. L'opération met en évidence trois tumeurs sessiles implantées sur le fond utérin, dont la plus grosse, située à gauche, a le volume d'une tête d'adulte, alors que les deux autres à droite de la précédente ont le volume d'une tête de fœtus. L'S iliaque a été fortement comprimée : elle est bleuâtre et le péritoine qui la recouvre est terne. Cependant après extirpation du myome, les gaz passent facilement du bout inférieur dans le supérieur. Mort le troisième jour. L'autopsie montre de la péritonite généralisée et de la gangrène de l'S iliaque.

Obs. VIII. CHAVANNAZ (*Rev. Gyn. et Obst.* Bordeaux, 1901)

Femme de 49 ans toujours bien portante qui a mené à bien quatre grossesses. Les accidents ont débuté en août 1901. Elle ressent d'abord dans l'abdomen quelque chose d'indéfinissable, comme si quelque chose se démolissait, mais sans douleur ni vomissement. Le lendemain lors de son examen, C. constate la présence d'une tumeur dure hypogastrique qui semble rattachée à l'utérus. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le premier septembre, soit quatre jours après le début des troubles, apparaissent des vomissements et la suppression des gaz et des matières. Le lendemain les vomissements fécaloïdes persistent avec des douleurs très vives dans tout le ventre. Au toucher vaginal, col petit non induré ; rien dans les culs-de-sac : et l'utérus demeure légèrement mobilisable. Faciès grippé, température 37°2, pouls à 140. En raison

de la gravité des accidents, la malade est opérée et on fait un anus contre-nature.

En suivant l'intestin grêle jusque dans le petit bassin, on constate que l'anse grêle terminale passe derrière une tumeur qui fait corps avec l'utérus et qu'elle lui est unie par des adhérences fibrineuses aisées à détacher. L'anse est comprimée entre la tumeur et l'angle sacro-vertébral ; dans cette zone l'intestin est très fortement congestionné mais sans mortification. Au-dessus il reprend son aspect normal à ceci près qu'il est très fortement et anormalement distendu. La mort survient sur la table d'opération.

L'autopsie montre qu'il n'y a aucune altération de la continuité de l'intestin, aucune tumeur de ses tuniques. On voit nettement la partie comprimée par la tumeur qui consiste en un fibrome ellipsoïdal implanté sur le fond utérin par un large pédicule. Utérus et fibrome pèsent 460 grammes.

Obs. IX. CHAVANNAZ (*Ibid.*).

Femme de 48 ans, vue alors que depuis douze jours elle n'a présenté ni gaz ni matières. A l'examen, ventre très volumineux, ballonné régulièrement jusqu'à la région épigastrique. Nausées et douleurs abdominales intolérables empêchant tout repos. Par le toucher rectal on sent l'utérus comprimant fortement le rectum dont il efface la lumière. Le toucher vaginal montre un col sain, se continuant avec un corps utérin porté en arrière et qui paraît volumineux.

Le diagnostic porté est celui d'occlusion intestinale à marche chronique due probablement à une compression par fibrome utérin. A noter que les règles dans les derniers mois avaient augmenté d'importance.

Intervention : les anses intestinales sont extrêmement

distendues surtout le gros intestin. Le côlon pelvien est particulièrement dilaté. Le corps utérin porte sur son fond un petit fibrome du volume d'une amande et sur sa face postérieure un fibrome sessile de la taille d'un œuf. Le corps fibreux est très fortement reporté en arrière et tend à revenir dans cette position dès qu'on n'agit plus sur lui. En raison de l'extrême distension des anses on se contente de pratiquer un anus contre nature.

La malade est revue plus tard et on constate qu'elle est en parfait état, cependant le toucher montre la persistance d'un utérus très volumineux en rétroversion.

Obs. X. DELORE (1901).

Une femme de 45 ans, sans enfants, entre pour des accidents d'occlusion intestinale. Elle raconte que depuis plusieurs années elle est atteinte de constipation opiniâtre et que depuis deux ans elle présente des métrorragies assez abondantes. Au moment de son entrée, l'attention est attirée par un ballonnement généralisé de l'abdomen analogue à celui de la deuxième période de l'occlusion abdominale. La malade a des vomissements verdâtres depuis cinq jours et l'arrêt des matières et des gaz est complet depuis trois. Pouls très rapide, température normale, faciès mauvais.

Au toucher vaginal, gros col utérin. Par le toucher rectal on sent dans le Douglas une masse dure constituée par un fibrome. On décide alors de pratiquer une hystérectomie abdominale totale.

La laparotomie montre la dilatation considérable de toutes les anses intestinales, y compris le cœcum et l'S iliaque. La séreuse est dépolie, rouge vernissé. Malgré les recherches, on ne retrouve aucune cause d'occlusion telles que volvulus, coudures, adhérences, etc... Il n'existe pas davantage de lésions inflammatoires et en particu-

lier ni salpingite ni appendicite. Mais l'utérus fibromateux gros comme une tête d'enfant, a basculé dans le Douglas dont il épouse la forme, sans contracter d'adhérences. L'hystérectomie totale est alors pratiquée aussi vite que possible et on termine par un tamponnement : drainage abdominal. Mort rapide de péritonite. L'autopsie a montré l'absence de tout autre cause d'occlusion.

Obs. XI. FERCY PATON (*Brit. Med. Journ.*, 1903).

Une femme de 48 ans présente à plusieurs reprises des phénomènes d'obstruction intestinale. On lui découvre une volumineuse tumeur qui, ovale, dure et immobile, remontait du bas-ventre à l'ombilic. Le toucher montre à la surface de l'utérus plusieurs petits fibromes mais qui semblent indépendants de la tumeur hypogastrique. A l'intervention on constate que la tumeur adhère au mésentère et à une grande étendue d'intestin. Il s'agit d'un fibrome du poids de cinq livres, complètement détaché de l'utérus sur lequel on voit encore la trace de son insertion. Il est nourri par des néoformations vasculaires nées du mésentère et de l'intestin. L'auteur conclut qu'il s'agit d'une véritable transplantation.

Obs. XII. SOUBEYRAN (*Thèse Montpellier*, 1914).

Mme L..., primipare, est examinée par nous pour des phénomènes d'obstruction intestinale, alors qu'elle présentait une gravidité de cinq mois environ. Les premiers mois ont été normaux sauf une constipation qui est allée en s'aggravant au cours du quatrième. De plus la femme souffre dans la région du plexus sacré et présente des varices énormes.

Il y a quelques jours elle fit déjà des accidents d'occlusion qui cédèrent spontanément. Cette fois-ci, l'arrêt des matières et des gaz est absolu, la malade vomit vert,

a des hoquets, du ballonnement du ventre. Au toucher vaginal, on bute sur une tumeur arrondie, lisse et dure qui semble remplir tout le conduit. Cette tumeur est recouverte par la muqueuse du cul-de-sac postérieur qui s'étale sur elle. Le col utérin est mou, haut situé, difficile à percevoir derrière le pubis et ne se mobilisant qu'avec peine. Le toucher rectal donne des renseignements précis, confirmant le diagnostic de fibrome enclavé du segment inférieur de l'utérus, comprimant le rectum. Le doigt ne peut déplacer la tumeur et ne s'insinue qu'avec peine entre elle et la concavité du sacrum.

L'intervention consiste en une myomectomie vaginale. On incise sur la saillie de la tumeur et on libère assez facilement par le cul-de-sac postérieur le fibrome. Dans la soirée il y a émission de gaz et le lendemain l'intestin s'évacue. Guérison sans complications.

Obs. XIII. DOUAY (Thèse VLACHOS, 1921).

Une femme de 55 ans, mère de deux enfants, présente en 1916 des métrorragies en même temps qu'elle constate l'augmentation de volume de son abdomen. En mars 1918 elle est atteinte d'occlusion intestinale. Depuis trois jours arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre, vomissements. A noter que quelques jours auparavant la malade a fait une chute et a eu l'impression que quelque chose se déplaçait dans son ventre.

L'examen décèle un fibrome pelvien, gros comme une tête d'enfant et enclavé dans le bassin. Le doigt qui pratique le toucher rectal est arrêté à cinq centimètres de l'anus. Pas de température, pouls un peu rapide.

Ne pouvant faire transporter la malade, on tente prudemment la réduction manuelle. Après deux essais prudents, les manœuvres réussissent et la malade se sent soulagée. Les gaz commencent à passer quelques heures

après. Le chirurgien conseille à la malade de se faire opérer sans tarder.

Il revoit la patiente en septembre 1918 et trouve un fibrome mobile rond, de volume nettement plus petit, sans bosselure ni œdème.

En août 1919, elle vient à Paris, et D. constate avec stupeur que le fibrome a presque complètement disparu : le corps utérin est petit et on ne sent sur son flanc gauche qu'une toute petite tumeur du volume d'une noix.

En mars 1922, à un autre examen, on relève les mêmes signes physiques.

Obs. XIV. WEBER (*Soc. Gynéc. et Obst.*, Paris 1922).

Une femme de 64 ans ayant fait sa ménopause il y a douze ans, vient consulter pour du météorisme et de la constipation rebelle. Dans les jours qui suivent, les symptômes s'aggravent et bientôt les gaz ne passent plus. Des vomissements apparaissent.

Au toucher on sent nettement une tumeur remplissant le bassin, d'une consistance plus ou moins pierreuse, qui impose le diagnostic de fibrome calcifié. A l'intervention, on constate qu'il ne s'agit ni d'une torsion de pédicule, ni d'adhérences péritonéales, mais que la tumeur basculée dans le Douglas par son propre poids, comprimait le rectum. C'est un fibrome calcifié de façon homogène, pesant 750 grammes, implanté sur le fond de l'utérus.

Obs. XV. TARTE (*Thèse Nancy*, 1922).

Une femme de 40 ans, chez laquelle on avait constaté il y a cinq ans l'existence d'une masse fibromateuse du volume d'une noix de coco, se trouve enceinte. Le toucher montre à côté de signes de grossesse, l'existence d'une masse pelvienne développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. Celui-ci est noyé au milieu d'une

masse de noyaux fibromateux et impossible à préciser.

Pendant quelques jours on tente de remonter l'état général fortement atteint de cette malade, mais, malgré les soins, apparaissent de la dyspnée, de l'œdème, de l'albumine, du météorisme. Quelques jours après, au cours d'une perte de sang abondante, la malade expulse un fœtus de cinq mois aplati et laminé. Au toucher on constate alors que l'orifice cervical est très haut situé, sus-symphysaire et qu'il est impossible de pénétrer dans la cavité utérine réduite à l'état d'un boyau tortueux.

Dans la suite des phénomènes d'occlusion intestinale surviennent ; vomissements, pouls à 120, arrêt des matières et des gaz et la malade succombe le lendemain.

L'autopsie montre que la masse du grêle et le côlon transverse sont refoulés vers le foie et le diaphragme par une tumeur irrégulière remplissant l'abdomen et pénétrant dans la cavité pelvienne. A gauche on trouve vers la ligne innommée l'S iliaque fortement comprimée entre la paroi osseuse et la tumeur à laquelle elle adhère lâchement ; en arrière le fibrome se détache assez facilement de la concavité du sacrum sur laquelle il se trouve moulé et attaché par quelques adhérences lâches. Il pèse 500 grammes.

Obs. XVI. BERNADET (*Thèse* Toulouse, 1922).

Une femme de 50 ans est examinée d'urgence pour des troubles intestinaux très graves. A l'examen on trouve la malade à genoux sur son lit, se comprimant le ventre avec les mains, poussant des cris atroces, couverte de sueurs froides avec un pouls à 100, en proie à des douleurs abdominales qu'elle compare à des douleurs d'accouchement.

Dans les antécédents on apprend trois grossesses à l'âge de 19, 21 et 30 ans toutes normales. Les règles du-

rent huit jours et n'ont pas subi de modifications. Simplement le ventre de la malade aurait grossi depuis trois ans. Il y a deux ans déjà elle avait été prise de douleurs lombaires et abdominales, du genre de celles de l'accouchement, qui se sont depuis répétées fréquemment mais sans troubles de la miction ni de la défécation. De plus les règles devinrent à cette époque beaucoup plus abondantes. Peu avant l'accident dramatique plus haut relaté, apparurent des troubles urinaires importants : besoins impérieux et répétés aussitôt que la malade se met debout ou marche, et malgré cela miction difficile avec très petit volume d'urines. Aucune gêne de la défécation.

A l'examen on constate que le ventre est légèrement ballonné et la palpation dévoile une masse hypogastrique dure et arrondie dépassant de trois travers de doigt le pubis. Le toucher vaginal indique une masse pelvienne dure, régulière et lisse qui remplit complètement le petit bassin sur lequel elle se moule. Le toucher rectal ne permet pas de pénétrer dans la lumière rectale écrasée par la tumeur.

Le diagnostic posé est celui de fibrome enclavé dans le bassin avec obstruction du rectum et compression de la vessie.

Par des manœuvres on essaie prudemment de refouler la masse fibromateuse par le toucher rectal et vaginal, mais c'est en vain.

L'intervention est alors pratiquée. On trouve en dehors d'une légère ascite séro-sanguinolente, un fibrome qui remplit tout le bassin dont il épouse la forme. Toute la région est violacée et œdémateuse. La vessie est distendue au-dessus du fibrome. L'énucléation de la masse est d'ailleurs difficile. On constate alors que sur la paroi antérieure du rectum il existe des plaques de sphacèle grosses comme des pièces de 50 centimes. On pratique

une hystérectomie subtotale et on enfouit les trois plaques de sphacèle. Les suites opératoires furent parfaites; des selles eurent lieu vers le quatrième jour.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un gros fibrome de 630 grammes développé aux dépens de la face postérieure d'un petit utérus fibreux, gros comme le poing. A noter une plaque de sphacèle à la face postérieure du fibrome.

Obs. XVII. SENNEWALD (*Zentralb. für gynac.*, 1930).

Une femme de 25 ans dont les dernières règles datent de six semaines et qui, il y a huit jours, a eu de fortes hémorragies, présente depuis trois jours de fréquentes douleurs abdominales sans aucune selle.

Dans les dernières vingt-quatre heures, arrêt des gaz et météorisme.

Le médecin traitant qui a remarqué de nombreuses hémorragies anormales a trouvé dans le Douglas une masse dure qui bombait et qu'il a attribuée à de la péritonite. A l'entrée le toucher est pratiqué sans résultats appréciables. On le pousse plus loin sous anesthésie et on trouve un utérus avec un noyau fibromateux de consistance moyenne, de la grosseur d'un poing, tout à fait incarcéré. Il existe en outre de la défense pariétale.

Hystérectomie abdominale d'urgence. Pendant l'intervention on constate que l'intestin est fortement distendu jusqu'à l'ampoule rectale. Vite après l'opération le ballonnement disparaît.

L'amélioration de l'état général est très rapide et la guérison radicale. L'examen de la pièce opératoire montre qu'il s'agit d'un fibrome du fond de l'utérus, de la grosseur d'une belle pomme, violacé, d'aspect vitreux et oedématié. L'endomètre renferme une formation polypoïde de la grosseur d'une lentille, qui, à l'examen histologique, fut reconnue d'origine placentaire.

Obs. XVIII. SENNEWALD (*Ibid.*).

Après deux accouchements pénibles au forceps pour bassin rétréci, cette femme de 37 ans est atteinte de prolapsus génital. Depuis cinq jours durant les règles, fortes douleurs abdominales et constipation. Le jour suivant, les gaz ne passent plus.

On porte le diagnostic d'occlusion intestinale. En raison du météorisme considérable, on pratique une palpation sous anesthésie. Le toucher montre un utérus rétrofléchi portant sur sa face antérieure une tumeur large, de la grosseur d'un poing. Le col est allongé, une portion en apparaît à la vulve.

L'opération d'urgence découvre une tumeur siégeant devant l'utérus rétrofléchi, et enclavé dans le petit bassin. Ce fibrome forme avec le fond une sorte de coin. Il semble à peu près certain que l'augmentation de volume lors des règles a joué un rôle prédominant.

Hystérectomie totale ; amélioration rapide ; guérison.

Obs. XIX. SENNEWALD (*Ibid.*).

Cette femme de 40 ans a eu il y a quelques années un accouchement pénible par bassin rétréci. Lors des dernières règles, violentes douleurs. Depuis huit jours aucune selle ; météorisme marqué.

Lors de l'opération, on trouve un utérus rétrofléchi avec un fibrome du fond, de la taille d'une tête d'enfant, enclavé et de plus une torsion de l'utérus de 90° autour de son grand axe. L'utérus avait dû être fixé depuis longtemps dans cette position de telle sorte que l'on devait attribuer les phénomènes aigus, non pas à la torsion utérine, mais vraisemblablement à l'augmentation de volume de ce fibrome lors de la menstruation. Hystérectomie. Guérison.

Obs. XX. SENNEWALD (*Ibid.*).

Dans les derniers mois, cette malade de 42 ans a eu des douleurs lors des règles ; la miction est devenue pénible et elle éprouve une sensation de plénitude dans le ventre. Lors de la dernière menstruation les phénomènes se sont aggravés et il y a eu pendant trois jours des signes d'iléus.

A l'intervention on s'aperçoit qu'il s'agit d'un fibrome cervical de la taille d'une tête d'enfant, qui comprime vessie et intestin et a conduit à des phénomènes de compression en rapport avec la menstruation. Ici aussi on constate une légère torsion de l'utérus.

Extirpation totale, l'activité de la vessie et de l'intestin se rétablit lentement. Guérison.

Obs. XXI. SENNEWALD (*Ibid.*).

Sans avoir jamais auparavant été malade, cette femme de 42 ans présente depuis ses dernières règles de la constipation. Depuis huit jours aucune selle, miction pénible, météorisme considérable. Le jour même vomissements.

A l'examen une tumeur palpable jusque sous l'arcade costale gauche. Le petit bassin apparaît à l'exploration rectale occupé par une tumeur constituant un obstacle lisse.

L'intervention met en évidence un fibrome du col plus gros qu'une tête d'adulte. L'utérus est projeté vers le haut et porte au niveau de son fond un volumineux fibrome qui remonte jusqu'à la région de la rate. L'activité intestinale est rétablie très rapidement après l'intervention.

Obs. XXII. SENNEWALD (*Ibid.*).

Une femme de 38 ans ayant eu deux accouchements et un avortement entre à l'hôpital pour des hémorragies

anormales. A l'examen on trouve à gauche derrière l'utérus une tumeur que l'on estime être un kyste. L'opération est reculée en raison d'une affection organique cardiaque. En quelques jours se développe le tableau d'un iléus prononcé qui force à l'opération. On découvre alors une tumeur s'étendant jusqu'à l'ombilic, de coloration bleu-noir et qui causait l'occlusion. Il s'agissait d'un fibrome. Mort post-opératoire.

Obs. XXIII. SENNEWALD (*Ibid.*).

Trois jours avant l'entrée à l'hôpital, cette femme de 34 ans a eu un accouchement avec délivrance artificielle. La veille arrêt des gaz, ballonnement du ventre. Dans le bas ventre à gauche tumeur perceptible. Le jour même, pouls petit, rapide, ventre fortement ballonné.

Opération d'urgence. On trouve un fibrome avec début de nécrose. L'intestin grêle a été fortement entamé sur une longueur de 40 centimètres, il est en contact avec la surface fibrineuse de la tumeur, grosse comme une tête d'enfant et il est jusqu'à ce point-là fortement dilaté. Section des adhérences. Hystérectomie totale. Lent rétablissement de la circulation intestinale. Guérison.

Obs. XXIV. SENNEWALD (*Ibid.*).

Une femme de 62 ans tombe subitement malade avec des douleurs abdominales violentes et des vomissements. Le ventre est très ballonné et météorisé. Il n'y a pas de température.

Lors de l'intervention, on trouve un fibromyome à long pédicule, avec des adhérences qui avaient étranglé l'intestin grêle. Ce dernier est fortement ballonné au-dessus, et aplati au-dessous. Ablation du fibrome. Section des adhérences. Guérison.

Obs. XXV. DURAND (*Thèse GÉMAIN*, Bordeaux, 1934).

Mme R..., 48 ans, non encore ménopausée, a depuis trois ans des métrorragies très abondantes qui augmentent régulièrement, de la polyurie et de la pollakiurie, en même temps qu'une constipation de plus en plus marquée qui cède de moins en moins aux moyens efficaces habituels. On a posé le diagnostic de fibrome se compliquant de subocclusion.

L'état général est satisfaisant, quand, brusquement, elle est prise de coliques extrêmement douloureuses. Arrêt des matières et des gaz, complet le lendemain. Douleurs très pénibles, comparables à un arrachement de l'intestin. Quatre jours après, état général grave, pouls petit et rapide. Météorisme marqué et distension en cadre avec mouvements péristaltiques visibles à jour frisant. Au toucher vaginal, utérus augmenté de volume avec à sa partie postérieure une masse semblant faire corps avec lui, se propageant vers la gauche dans le petit bassin, perçue aussi au toucher rectal. Diagnostic porté de fibrome avec occlusion.

Première intervention : on trouve une fibromatose importante de l'utérus avec rétroflexion utérine qui enclave la tumeur basculée en arrière. Derrière la masse fibreuse, on aperçoit une petite plaque de sphacèle, grosse comme une pièce de 50 centimes sur la paroi antérieure du rectum. Enfouissement de la plaque au fil de lin. Bien que l'intestin semble libéré, on fait un anus iliaque gauche. La recherche d'un néoplasme intestinal est négative. Débauche stercorale vingt-quatre heures après.

Deuxième intervention : un mois plus tard. On trouve un volumineux utérus farci de noyaux fibreux postérieurs, débordant un peu sur la gauche et comprimant sur le sacrum, l'intestin, qui d'autre part, lui adhère par

des formations assez faciles à libérer. Pas de tumeur propre de l'intestin malgré une exploration soigneuse. Suites simples. Guérison.

Obs. XXVI. LAFOURCADE (*Thèse GÉMAIN, loco citato*).

Une femme de 37 ans est envoyée avec le diagnostic d'appendicite aiguë à cause des phénomènes abdominaux très marqués qu'elle présente.

A l'examen le diagnostic est très délicat entre appendicite et occlusion intestinale. Après deux jours d'attente apparaissent des vomissements fécaloïdes. On décide d'intervenir en pensant à un kyste de l'ovaire tordu compliqué d'occlusion. On trouve un fibrome pédiculé inséré sur la corne droite de l'utérus et dont le pédicule est tordu. L'intestin grêle présente avec la masse des adhérences lâches, faciles à détacher. En même temps gros fibrome pelvien, congestionné, presque enclavé, comprimant le sigmoïde. Section des adhérences intestinales. Myomectomie ; désenclavement du fibrome pelvien. Les gaz passent dans le bout inférieur.

En résumé torsion d'un fibrome pédiculé fundique ayant entraîné une congestion du fibrome pelvien. L'augmentation de volume de ce dernier a été la cause déterminante de l'occlusion. L'intestin exploré est normal.

Quelques mois après, ablation de la tumeur pelvienne et guérison complète de la malade.

Obs. XXVII. LAFOURCADE (*Thèse GÉMAIN, Ibid.*).

Depuis longtemps porteuse d'un fibrome, cette femme de 37 ans souffrait de sciatique droite. A ces douleurs de compression nerveuse s'ajoutent des signes de compression intestinale : constipation marquée, rebelle aux moyens usuels. Survient une crise d'occlusion nette : ballonnement, arrêt des matières et des gaz. Diagnostic préopératoire d'occlusion par volumineux fibrome.

A l'intervention, on trouve un énorme fibrome du fond de l'utérus étranglé au niveau du détroit supérieur et affectant de ce fait une forme en sablier. La partie inférieure, pelvienne de la tumeur, comprime sur le sacrum le recto-sigmoïde. Exploration intestinale négative.

Hystérectomie subtotala. Suites opératoires normales. Le transit intestinal est rétabli deux jours après. Revue depuis, la malade est en parfaite santé.

Nous ajouterons à ces vingt-sept observations de la littérature les deux cas suivants:

Obs. XXVIII.

Due à l'obligeance du Professeur Ag. MONDOR

(Inédite)

Mme L..., 68 ans, entre à l'hôpital le 13 février 1935 avec le diagnostic d'obstruction intestinale. Elle en présente en effet tous les signes : constipée chronique depuis très longtemps, la malade a été prise il y a huit jours de violentes coliques généralisées à tout l'abdomen, l'obligeant à se plier en deux. En même temps elle présente des vomissements verdâtres et abondants. Au bout de vingt-quatre heures, sous l'influence du repos et de la glace, les vomissements et les coliques disparaissent mais l'arrêt des matières et des gaz persiste.

Elle entre dans le service quatre jours après le début des accidents. On note un ventre douloureux, sonore à la percussion, sans aucune matité déclive ni aucun péristaltisme visible à jour frisant. L'abdomen est assez souple et le météorisme n'empêche pas de sentir au-dessus du pubis une tumeur d'une dureté ligueuse, arrondie et qui paraît immobile, mais est indolente. La malade accuse une sensation d'endolorissement de tout l'abdomen mais ne présente aucune colique. Les vomissements n'ont pas repris, seules quelques nausées per-

sistent. La température est à 38,8 : le pouls à 100 : les urines sont normales. Pas de selles, pas de gaz depuis quatre jours, aux dires de la malade.

Au toucher vaginal, on retrouve la tumeur perçue au palper ; elle est manifestement d'origine utérine. Le col est petit, abaissé, un peu porté en avant. La tumeur, volumineuse comme une grosse tête de fœtus, est comme tombée dans le fond du bassin. On sent sa surface lisse dans les culs-de-sac, véritable pierre, elle n'est pas complètement bloquée dans le bassin car on arrive à la soulever avec le doigt vaginal, mais elle est très lourde.

Antécédents : deux enfants ; accouchements normaux ; elle connaît la présence de sa tumeur depuis l'âge de trente ans. Ménopause à 47 ans qui n'a pas été retardée. D'ailleurs la malade n'a jamais eu ni ménorragies ni métrorragies.

Il s'agit donc d'une occlusion compliquant un fibrome calcifié et ne paraissant pas de gravité considérable.

La radiographie pratiquée le lendemain montre une aérocolie nette avec aéroiléie et l'opacité du fibrome. Celle-ci est intense, complète au centre de la tumeur alors qu'elle s'estompe vers la périphérie. Donc calcification à début central comme c'est la règle.

Les signes d'occlusion ont cédé assez facilement à un lavement salé hypertonique. L'urée du sang qui était à 0,80 est tombée à 0,43. La calcémie est normale.

Par ailleurs, les artères sont souples, il n'existe aucun signe d'artério-sclérose.

Intervention le 22 février 1935. Laparotomie médiane sous-ombilicale : on arrive difficilement à « extraire » la tumeur qui remplit le bassin. Après extériorisation, le col de l'utérus apparaît long, aplati d'avant en arrière, mince. Il est sectionné très facilement aux ciseaux ; il est très atrophié. La tumeur est dure comme une pierre.

Il est impossible de la couper de même au cours de l'intervention il n'a pas été possible d'enfoncer le désenclaveur dans le fibrome.

Examen chimique du fibrome (Mlle Gross).

Extrait sec à 100°: 66 grs, 4 %

Cendres 49,20 %

Matières minérales :

Calcium total 16 grs 03 exprimé en CA

Phosphate tricalc. 25,70 expr. en $PO_4(2) CA(3) H$

Carbonate de CA 1 gr. 75 exprimé en $CO_3, CA H$

Absence de sulfate et de phosphate ammoniaco-magnésiens.

Matières grasses :

Graisses 0,05 % avec 0,02 % de cholestérol.

Examen histologique (Mlle Gauthiers-Villars).

Six fragments ont été prélevés, les uns sur pièce fraîche, les autres après décalcification. L'aspect est le même sur tous les fragments. Tissu homogène, entièrement dépourvu de noyaux, teinté en jaune paille par le safran. Il n'y subsiste que quelques très rares faisceaux musculaires lisses, éparpillés sans ordre et des vaisseaux peu nombreux dont la paroi est transformée en un anneau hyalin très dense. Quelques grains calcaires dans les plages anhytres. Il n'existe ni infiltration grossière ni production ostéoïdes reconnaissables.

Obs. XXIX.

Docteur J. CALVET, service du Professeur LENORMANT
(Inédite)

Mme Le... 45 ans, entre à l'hôpital Cochin le 8 mai 1937 vers 6 heures. Elle se plaint de douleurs abdominales datant de deux à trois jours, douleurs vives et profondes à type de coliques violentes, s'accompagnant de vomissements, d'abord alimentaires, puis verdâtres

et bilieux. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis deux jours. Le poulx est à 80, la température à 38°5.

La palpation montre un ventre gros, distendu, sans péristaltisme visible. La paroi bien que dans l'ensemble souple, se défend un peu au-dessus du pubis. La percussion décèle une matité sur la ligne médiane débordant vers les flancs et surmontée d'une zone de tympanisme qui dessine très grossièrement le cadre colique et s'exagère dans la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal est immédiatement pratiqué, surtout que la malade se sait atteinte depuis trois ans environ d'un fibrome et a eu dernièrement des ménorragies. On trouve une volumineuse masse faisant corps avec un col reporté derrière la symphyse, remplissant tout le petit bassin sur lequel elle semble moulée et qui est fort peu mobile. La consistance en est lisse, d'une dureté moyenne pas spécialement frappante ; le contour assez régulier. Le palper combiné affirme que la tumeur se continue au-dessus du pubis et correspond bien à la matité précédemment constatée.

Ainsi donc des signes évidents d'occlusion, coexistant avec la constatation d'une volumineuse masse d'origine utérine. On pencherait vers l'établissement d'un rapport direct entre les deux faits si l'on n'était pas au courant de la communication d'Okinezye à la Société de chirurgie. A cause de cela on tâche encore, par l'interrogatoire, de mettre en évidence des signes récents de néoplasie digestive, mais c'est en vain ; il n'y a eu ni hémorragies ni amaigrissement récent et seule une constipation de plus en plus prononcée est notable dans les antécédents immédiats.

L'opération est alors décidée (J. Calvet). Par voie médiane on tombe immédiatement sur des anses grêles

très dilatées, mais qui laissent facilement apercevoir un volumineux fibrome utérin de couleur rose violacé et d'aspect un peu œdémateux, presque incarcéré dans le petit bassin qui, par suite, est inexplorable. Il faut avant d'aller plus loin pratiquer une hystérectomie sub-totale après morcellement de la pièce. Celle-ci réalisée, on peut alors procéder à une exploration intestinale très complète. Le sigmoïde est aplati et grisâtre, mais ne présente aucune lésion pariétale. Le côlon au dessus est assez fortement dilaté, surtout le cœcum, qui est vraiment énorme. On s'astreint à palper centimètre par centimètre tout le cadre colique et on peut affirmer qu'il ne porte aucune néoplasie. Le grêle est dilaté mais sans modification de couleur ou de consistance de ses parois.

Il paraît donc logique de faire de l'énorme fibrome la cause véritable de l'occlusion. On pense que l'obstacle étant levé le transit va reprendre et l'intervention est terminée par une fermeture pariétale sans dérivation digestive.

Après cette opération assez longue, l'arrêt des matières ne semble pas disposé à céder malgré la mise en œuvre du traitement médical usuel, sérum hypertonique intra-veineux, petits lavements salés, etc...

Quelques gaz sont émis mais le ballonnement persiste et l'état général ne s'améliore pas. Le 12 mai, l'état est tel qu'on décide de pratiquer une radiographie sans préparation : elle ne montre d'ailleurs qu'une distension gazeuse banale du gros intestin sans image spécifique.

Il paraît nécessaire cependant de faire une dérivation rapide des matières et par une courte incision iliaque droite, on fait une fistule cœcale. L'émission de gaz et de matières est immédiate et dans les jours qui suivent le circuit intestinal se rétablit, mais lentement et avec peine.

L'état général s'améliore ensuite très vite. Le 23 juin, inquiété par le fait que l'occlusion n'a pas cédé à l'hystérectomie, on refait une exploration soignée, par lavement baryté, de tout le gros intestin. Cette fois encore force est de s'apercevoir qu'il n'existe aucun endroit douteux sur l'ensemble du cadre colique qui apparaît parfaitement normal et bien injecté en tous ses points.

Le 12 août, on ferme l'anus cœcal par voie extrapéritonéale sans aucun point de suture sur les muscles et la peau. Les suites sont excellentes et le cours normal des matières rétabli sans difficulté.

Le 30 septembre, la malade guérie part en convalescence.

Etiologie

FRÉQUENCE.

Les trente observations que nous avons recueillies sont, comme dans tout travail de ce genre, de valeur très diverse, et en particulier, celles où il n'a été pratiqué qu'une réduction manuelle, ne permettent pas toujours d'affirmer que le fibrome était bien la seule cause de l'occlusion observée. Par comparaison cependant avec les autres cas, vérifiés eux par une opération, on peut les admettre comme vraisemblables. De toute manière, cela ne fait qu'un nombre très petit par rapport au chiffre important des fibromes journellement traités. On doit en particulier relever que l'occlusion intestinale est, au cours des hypertrophies utérines, un accident beaucoup plus rare que les troubles de compression des voies urinaires inférieures. Et, comme nous y reviendrons plus à loisir, la fréquence est si faible qu'en présence d'une occlusion chez une fibromateuse, il est toujours rationnel de penser qu'il peut exister une cause associée d'iléus et qu'on ne doit se résoudre à incriminer le seul fibrome qu'après avoir pratiqué une exploration des plus complètes du contenu abdomino-pelvien.

AGE.

La plupart des cas se groupent entre 34 et 64 ans avec un nombre accru de 40 à 50 ans. Dans quelques-uns le voisinage de la ménopause semble à relever, mais ce ne sont pas les plus nombreux. Beaucoup de femmes des observations précitées continuaient à présenter des règles à dates normales. Si d'ailleurs quelques-unes d'entre elles avaient noté une abondance plus grande ou une durée prolongée de l'hémorragie menstruelle, la plupart n'avaient rien remarqué qui leur parut extraordinaire.

INFLUENCE DES RÈGLES.

Elle est des plus nettes dans certains cas où l'occlusion s'est déclarée au cours d'une période menstruelle. D'ailleurs, dans quelques comptes rendus, on note que des troubles prémonitoires, consistant fréquemment en une constipation accrue ou même en un ballonnement du ventre accompagné de nausées, s'étaient déjà produits en de pareilles occasions. Les observations IV, XVIII, XX, XXI montrent l'importance de ce facteur de congestion prémenstruelle que SENNEWALD en particulier considère comme de premier plan.

INFLUENCE D'UNE GRAVIDITÉ.

Dans un petit nombre de cas c'est le développement d'une grossesse qui semble avoir été le facteur déclenchant l'iléus. Habituellement on considère que lors d'une gravidité il se produit une ascension des

fibromes utérins et qu'ils ont alors tendance à s'élever du pelvis vers l'abdomen. Mais il ressort des observations XII, XV, XXIII, par exemple, que l'augmentation de volume apportée par la gravidité à un utérus déjà hypertrophié par l'existence de noyaux fibreux, joue certainement un rôle décisif.

RÔLE DU TRAUMATISME.

Il y a là encore un facteur accessoire mais dans quelques cas assez net pour mériter d'être retenu. Une chute avec, d'après les dires de la malade, la sensation que quelque chose se déplaçait dans le ventre, a pu, dans les observations V, XII, être à l'origine d'accidents préparatoires à l'occlusion; celle-ci n'apparaissant qu'à l'occasion d'un nouveau traumatisme du même genre.

AUTRES ANTÉCÉDENTS.

Le dépouillement des autres antécédents des malades ne nous a pas paru apporter d'éléments d'intérêt comparable aux précédents.

Quelques femmes ont un passé génital assez fourni. Plusieurs grossesses, des avortements. Une seule rapporte avoir été soignée pour des phénomènes de salpingite et de pelvi-péritonite. D'autres n'avaient jamais été enceintes.

Anatomie Pathologique

A l'aide des observations que nous avons recueillies, il est possible d'esquisser les caractères principaux de l'agent d'occlusion, le fibrome, et du viscère atteint, le tube digestif.

LE FIBROME.

Il peut siéger de manière variable par rapport au muscle utérin. Le plus souvent cependant on trouve notée l'insertion fundique qui correspond à $4/10^{es}$ des cas. Puis vient la localisation aux dépens de la paroi postérieure, $3/10^{es}$, enfin le reste est partagé entre l'insertion latérale, l'insertion antérieure sur l'isthme, $1/10^{e}$, et le fibrome total effaçant tout le corps utérin. C'est par extraordinaire que, dans l'observation XI, le fibrome semblait détaché d'un utérus sur lequel persistait la trace de l'insertion primitive. D'ailleurs, bien que l'auteur interprète ce cas comme un fibrome transplanté, le fait que la tumeur adhérait fortement sur 60 centimètres au grêle et à l'épiploon et qu'elle échangeait avec eux des néoformations vasculaires, laisse un peu sceptique et on incline à penser qu'il ne s'agissait que d'un fibrome du mésentère.

Le fibrome peut encore être soit isolé, ce qui est

rare, soit assez souvent multiple. Plusieurs fibromes sont relevés dans les observations II, VII, et dans le cas d'Holdhouse il y avait encore en outre un kyste de l'ovaire.

Le fibrome peut être soit lisse et régulier, de forme arrondie ou ellipsoïdale, soit plus rarement irrégulier ou multilobé.

Enfin il ressort avec netteté de la lecture des protocoles opératoires que le volume des tumeurs fibreuses n'est pas du tout en rapport avec l'intensité des accidents. Evidemment, dans certaines des observations, on note qu'il s'agissait d'une masse volumineuse. Ainsi on dit: utérus gravide de 5 mois dans l'ob. IV; masse de 1.100 grammes dans le cas V; tête de fœtus à terme, VI et VII; utérus fibreux gros comme une tête d'enfant, X; fibromes remplissant tout le bassin, obs. XVI et XXIX, etc... Mais il existe aussi pas mal de cas où il est bien spécifié que la taille du fibrome était tout à fait disproportionnée avec la gravité des symptômes recueillis. Ainsi les observations III, où BROCA et FAUCON disent que le myome qui comprimait le rectum était d'un volume qui contrastait étrangement avec l'importance des accidents qu'il entraînait; IX, où le fibrome ne pesait que 460 grammes; XIV, où il n'a que 750 grammes; XV où il pèse 500 grammes; XVII où il a la taille d'une belle pomme, etc...

Beaucoup plus important semble être la consistance du fibrome. Il y a là une notion intéressante sur la-

quelle le Professeur MONDOR attire l'attention. Dans la plupart des cas on a omis de relever la sensation de plus ou moins grande dureté que donnait le fibrome, mais nous la trouvons très bien précisée dans le cas IV, où on dit masse arrondie ayant la consistance presque de l'os; X, où on note masse très dure; XIV, où on décrit un fibrome calcifié de façon homogène; XXVIII, où nous avons même le compte rendu de l'analyse chimique. Les autres communications montrent le fibrome comme violacé, vitreux, œdématisé, étranglé en sablier, parfois même avec un début de nécrose.

La situation respective du fibrome et du corps utérin ne manque pas non plus d'intérêt. Le plus souvent on note qu'il s'agit d'un fibrome sous-séreux, pédiculé plus ou moins largement, et dont même parfois le pédicule a subi un début de torsion (obs. V, fibrome inséré par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire et tordu sur lui-même de droite à gauche; obs. VIII, fibrome ellipsoïdal inséré sur le fond utérin par un large pédicule; obs. XIX, fibrome de la taille d'une tête d'enfant implanté sur le fond et accompagné d'une torsion de l'utérus de 90° autour de son grand axe; XXIV, fibromyome à long pédicule; XXVI, fibrome pédiculé de la corne droite de l'utérus avec pédicule tordu).

L'UTÉRUS.

Dans bien des cas il faut aussi noter le déplacement de l'utérus. Si, comme nous venons de le dire, il peut

être tordu sur son axe, éventualité d'ailleurs exceptionnelle, le plus souvent il est basculé en arrière en position de rétroflexion, position parfois si marquée qu'on peut lire: obs. IX, qu'aussitôt lâché il reprenait sa position de bascule dans le Douglas.

Mais ce qui paraît surtout compter, c'est la situation de la masse globale, utérus et fibrome, par rapport à la cavité pelvienne. Très souvent les auteurs disent que la masse fibreuse était moulée sur le petit bassin dont elle épousait les contours (Obs. IV, X, XII, XIII), ou que la tumeur était basculée dans le Douglas (obs. XV), etc... Il n'est pas non plus rare que le fibrome responsable ait évolué vers la cavité abdominale et soit perceptible au-dessus de la symphyse.

Enfin et c'est peut-être là un fait moins important, quelques observations parlent d'adhérences lâches unissant la tumeur et les anses intestinales ou le rectum.

Que retenir de tout cela? Il nous semble que la consistance de l'utérus, parfois calcifié, que son volume parfois indépendant des accidents, que son siège très variable par rapport à l'utérus et à la paroi pelvienne, que la coexistence possible de lésions de torsion constituent autant de points susceptibles d'élucider peut-être le mécanisme des occlusions fibromateuses.

L'INTESTIN.

Les tuniques intestinales présentent, du moins à la lecture de certaines observations, des lésions typiques

qui permettent d'affirmer la réalité du processus d'occlusion. Parfois la compression a été peu destructrice et la paroi semble normale. Mais, dans les autres cas, on retrouve des stades assez semblables: c'est d'abord de la congestion avec rupture vasculaire (Obs. VIII). A un degré de plus, la compression étant plus ancienne, apparaissent des taches ecchymotiques témoignant de la suffusion sanguine qui injecte aussi la musculuse. Quant à la séreuse, elle prend un aspect dépoli et plusieurs chirurgiens notent qu'elle apparaît terne et grisâtre (Obs. VII, X, XXIX). Enfin il est des cas encore plus démonstratifs où les parois semblent amincies au point de se rompre (Obs. VI), alors que les trois quarts ou la totalité de la séreuse est grisâtre et paraît prête à se sphacéler.

Alors ce sont bientôt les plaques de sphacèle qui apparaissent et des observateurs les ont bien vues. Tantôt, une petite plaque arrondie, de la taille d'une pièce de 50 centimes, tantôt déjà toute une zone importante est atteinte par le processus de gangrène. Il y a donc là un stade extrêmement précis de la compression, d'autant que quelques-uns ont bien insisté sur le fait que cette zone d'attrition sphacélique siégeait juste en face de l'agent d'occlusion et que même parfois celui-ci, le fibrome, portait sur une de ses faces une tache brun noirâtre tout à fait comparable, témoignant bien de la contre-pression exercée par les deux organes l'un sur l'autre.

On comprend qu'à un degré de plus ce soit une péri-

tonite grave qui survienne par perforation ou par chute d'escarre.

A côté de ces lésions essentielles, il faut signaler, comme dans tout processus d'occlusion, cette dilatation souvent très apparente des segments intestinaux sus-jacents à l'occlusion. C'est elle qui a sa traduction clinique dans ce météorisme si marqué que la plupart des observations signalent.

La compression peut, dans certains cas, réaliser encore d'autres lésions intestinales. M. le Professeur Agrégé MONDOR nous a signalé que chez une de ses malades, chez laquelle il intervenait pour un fibrome enclavé, il constata en fin d'opération, sur le recto-sigmoïde, une masse tumorale, lui faisant craindre un cancer rectal supérieur. La malade n'avait pas été prévenue, aussi le chirurgien ne fait pas la cure de cette tumeur, se réservant d'en parler un peu plus tard. Or, peu à peu, de radioscopie en radioscopie, et de radiographie en radiographie, cette tumeur, sans doute inflammatoire, ou peut-être due à la compression par le fibrome, disparaît entièrement. Actuellement, quatorze ans après l'opération première, cette malade est en parfait état.

Reste à dire quelle est la portion du tube digestif la plus fréquemment atteinte. En tête vient le rectum, qui totalise presque 50 % des cas. Puis c'est le sigmoïde que l'on trouve comprimé dans 30 % des observations. Enfin le grêle ne s'inscrit que pour un pourcentage de 10 à 20 % des cas.

Il faut retenir de cette courte étude anatomo-pathologique que l'intestin peut présenter, sous l'action d'une compression extérieure, des lésions allant de la congestion simple à la production de nécrose, ou même de pseudo-tumeurs inflammatoires, et que ces lésions peuvent être, à juste titre, considérées comme responsables des accidents observés.

Mécanisme

I. — Le mécanisme qui vient immédiatement à l'esprit fait jouer le rôle essentiel à la compression de l'intestin sur le plan résistant du bassin, par la tumeur à cause du volume important qu'elle a pu acquérir par un développement lentement accru. Il ne peut être retenu, ou du moins nécessite quelques modifications pour être accepté. C'est qu'en effet l'observation journalière montre que des tumeurs très volumineuses sont parfaitement tolérées par l'intestin. De très gros fibromes, des kystes vraiment énormes n'entraînent pas d'occlusion. Inversement quelques comptes rendus opératoires mentionnent le petit volume de certains fibromes agents d'occlusions très aiguës.

II. — Normalement l'intestin peut, du fait de sa mobilité, échapper suffisamment à l'action compressive de la tumeur. Pour qu'il soit atteint, il faudra donc déjà un élément de plus: *sa fixité*. Or celle-ci peut être réalisée par deux ordres de facteurs, l'un anatomique, l'autre pathologique.

Anatomiquement ce seront les portions accolées, peu mobiles, qui risqueront le plus: nous avons vu que le rectum, organe rétropéritonéal de mobilité ré-

duite à quelques déplacements latéraux, semble particulièrement sensible à la compression tumorale. Le sigmoïde est moins souvent le siège d'une compression efficace, parce que sa mobilité est beaucoup plus grande du fait du mésocôlon sigmoïde qui l'attache à la paroi. Il peut fuir, être refoulé latéralement et ne sera atteint que lorsque la croissance de la tumeur fibreuse l'entraînera au-dessus du détroit supérieur. Les anses grêles enfin, dont on connaît la mobilité et la situation normalement abdominale, sont très rarement touchées.

Pathologiquement la formation de brides ou d'adhérences est susceptible de modifier l'habituelle disposition des segments intestinaux et de créer des points fixes permettant à l'action compressive de la tumeur de s'exercer librement.

III. — Mais cette fixité acquise ou naturelle de l'intestin ne constitue qu'un des éléments du problème, l'autre, le plus important, étant sous la dépendance des *variations du fibrome*. De très grosses tumeurs, en sablier, au niveau du détroit supérieur, ou moulées étroitement sur le contour du bassin, ne laissant à l'intestin presque aucune mobilité, n'entraînent pas d'occlusion vraie. Il est vraisemblable que la tumeur elle-même conserve quelques possibilités de déplacement suivant les diverses positions du corps, déplacements qui évitent à l'intestin une striction trop prolongée. Il faut en outre tenir le plus grand compte de la consistance même du fibrome:

lorsqu'elle n'est point plus dure qu'à l'habitude il est possible que l'intestin puisse la supporter.

Un premier facteur d'iléus par fibrome va donc dépendre de la *situation de la tumeur fibreuse par rapport à la cavité pelvienne*. On sait qu'au cours de leur accroissement les tumeurs utérines tendent à s'élever progressivement du pelvis vers la cavité abdominale, délivrant l'intestin de la compression qu'elles exercent sur lui. Pour qu'il y ait lésion intestinale il faut donc que l'évolution normale du fibrome soit troublée. Il peut en être ainsi lorsqu'il y a une rétrodéviation de plus en plus prononcée de l'utérus. Nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, que le cas est fréquent. On s'explique alors comment le fibrome développé aux dépens de la face postérieure ou du fond de l'organe ne peut arriver à s'extérioriser de la cavité pelvienne et qu'agissant à la façon d'un coin, il vient comprimer de plus en plus violemment une portion déjà anatomiquement peu mobile de l'intestin sur le plan résistant et lisse du sacrum.

Dans d'autres cas, c'est l'*insertion basse du fibrome* sur l'utérus qui paraît avoir de l'importance. On sait que les fibromes de la face postérieure de l'isthme compriment assez facilement en refoulant en avant l'utérus lui-même, les voies urinaires inférieures et qu'ils entraînent ainsi de la rétention aiguë d'urine. Dans trois observations que nous avons rapportées, un fibrome de la face antérieure de l'isthme a paru

agir en sens inverse et, refoulant en arrière le corps utérin, jouer un rôle dans la survenue d'une occlusion aiguë.

Enfin il est logique que, si par le fait même de son origine dans le ligament large, le fibrome se trouve enclavé d'office dans la cavité pelvienne, il soit plus volontiers cause d'occlusion lorsque son volume se sera progressivement accru.

Comment expliquer que certains fibromes longtemps supportés puissent un jour donné être la cause d'accidents d'iléus ? Certains faits touchant toujours la situation anatomique du fibrome peuvent peut-être en rendre compte. D'abord on sait que, quelquefois spontanément après la ménopause, plus souvent après le traitement du myome par des radiations, il peut y avoir une régression très importante de la masse. Le cas n'est pas rare de tumeurs utérines qui ont pu ainsi reconquérir droit de cité dans la cavité pelvienne dont elles s'étaient extériorisées et dans quelques cas c'est cette *migration à l'envers* qui sera l'origine de l'occlusion (une observation de Douay montre la réalité de cette hypothèse dans la thèse de VLACHOS ainsi qu'une communication de FREDET à la Société Nationale de Chirurgie).

Enfin un dernier corollaire de la migration des fibromes hors de la cavité pelvienne va être la *torsion* même du fibrome ou de l'utérus qui le porte. Tantôt le fibrome se pédiculise du fond utérin, et la masse pour traverser de bas en haut la filière du détroit su-

périeur, oriente ses diamètres principaux de manière, comme la tête fœtale lors de l'accouchement, à rendre le passage plus aisé. Dans ce cas, c'est au niveau du pédicule que s'amorce la torsion. Il se produit alors si celle-ci s'exagère pour des causes souvent indéterminées (traumatisme, règles, etc...), une striction veineuse qui rapidement retentit sur la constitution même du fibrome. Ainsi peuvent s'expliquer certaines augmentations de volume de celui-ci par congestion simple ou à un degré de plus par dégénérescence, par exemple par nécrobiose aseptique. Certaines observations où les auteurs ont noté cette torsion du pédicule amènent à penser qu'il y a là un mécanisme possible dans quelques cas. D'autres fois une pathogénie semblable peut être évoquée lorsqu'il se produit pour les mêmes raisons de traversée osseuse, une amorce de torsion en masse de l'utérus fibromateux. Nous verrons plus loin pour en achever avec cette explication d'ailleurs partielle qu'il ne faudra pas confondre les accidents d'occlusion vraie dépendant d'une torsion amorcée ou réalisée, avec la symptomatologie oclusive qui traduit souvent la torsion simple.

Ainsi, la situation du fibrome par rapport à la cavité pelvienne explique l'atteinte possible d'un segment de l'intestin dans les cas où l'utérus est en rétroversion, lorsque le fibrome a pris naissance aux dépens d'un segment bas situé de l'utérus ou lorsqu'il se développe à l'intérieur du ligament large. Sa migration de la cavité pelvienne vers l'abdomen peut expliquer aussi des phénomènes de torsion qui se passent

soit au niveau d'un pédicule soit au niveau du corps utérin lui-même et amènent une dégénérescence qui bloque le fibrome. Si enfin, à la suite d'un traitement le fibrome émigre de l'abdomen vers le pelvis, ce peut encore être la cause de l'occlusion.

IV. *La consistance du fibrome* a elle aussi une importance de premier plan. Dans quelques observations on note qu'il s'agissait de *fibromes calcifiés*. Il est très vraisemblable que cette calcification du myome soit un facteur d'occlusion et ce par divers moyens. D'abord par le poids lui-même; certes on a vu de très lourdes masses fibreuses ne pas entraîner d'accidents importants. Mais dans ce cas le poids était réparti sur une surface étendue, tandis que le petit fibrome calcifié concentre si l'on peut dire le maximum de poids dans le minimum d'espace. D'autre part le fibrome calcifié s'élèvera beaucoup moins facilement que les autres du pelvis vers l'abdomen. Il pourra même empêcher la migration d'autres fibromes insérés sur le même corps utérin et maintenir celui-ci dans la cavité pelvienne. Ainsi il devient facilement une cause de rétroversion utérine. Enfin sa dureté même sera plus offensante pour l'intestin puisque, calcifié, il ne possède plus aucun degré de plasticité.

V. *La forme* enfin de la masse fibreuse est parfois de quelque intérêt. Il est vraisemblable que la mobilité du fibrome peut être restreinte par la présence, à côté de la masse principale, de myomes sous-jacents

et d'insertion différente. La migration peut en être modifiée et de plus la torsion de l'un des fibromes, abdominal par exemple, peut, comme on l'a vu dans une de nos observations, retentir sur la nutrition d'un autre fibrome pelvien celui-là et entraîner une augmentation brusque de son volume.

VI. *L'association* sur la même pièce d'un kyste de l'ovaire peut encore jouer un rôle surtout si des adhérences le fixent à l'intestin comme dans le cas de FERCY PATON.

D'autre part des lésions pelviennes anciennes de pelvi-péritonite ou de salpingite doivent par les adhérences autrefois créées, être pour une part responsables de la fixité de la tumeur ou de l'intestin. Il y a là une notion de mécanismes mixtes, associés, qui est importante à retenir.

VII. Si ces modifications anatomiques du fibrome par rapport au bassin où il se développe sont des facteurs de valeur, il faut à côté d'elles faire une très grande place à certaines augmentations brutales de volume que subit parfois l'utérus. Les unes sont d'ordre physiologique : depuis longtemps on connaît l'augmentation de volume de l'utérus *au moment de la période menstruelle*. On a donc pu se demander si les fibromes qu'il porte ne pouvaient pas eux aussi subir un pareil accroissement momentané. Habituellement on conclut par la négative. Cependant les observations de certains auteurs mettent en évidence,

comme nous l'avons dit le rôle des règles (SENNEWALD). On peut donc penser ou bien que le responsable de l'occlusion est le fibrome lui-même, fibrome vasculaire participant à l'accroissement menstruel, ou bien plutôt que la congestion utérine crée un déplacement, modifiant la position mécanique du fibrome.

La survenue d'une *grossesse* peut également être un facteur essentiel. L'augmentation rapide de volume de la masse utéro-fibromateuse peut très bien expliquer qu'un fibrome jusque-là toléré devienne brusquement d'un volume trop important pour être accepté par l'intestin.

VIII. *Le traumatisme* dont le rôle est d'après certains cliniciens des plus nets, semble tirer son action principale des brusques modifications de situation qu'il fait subir au fibrome. On peut facilement admettre que l'intestin et la masse fibreuse trouvent dans le pelvis ou l'hypogastre une situation où ils s'accrochent l'un de l'autre. Une chute survenant inopinément peut rompre tout d'un coup ce compromis et l'intestin se trouve lésé. A un moindre degré certains fibromes, encore supportés dans la position allongée se traduisent par de véritables signes prémonitoires dès que la malade se lève brusquement.

IX. La compression ainsi réalisée aura une *gravité toute différente selon le lieu* où elle s'exercera. C'est, au point de vue du mécanisme, le dernier point intéressant.

Le petit bassin est le siège presque électif des compressions par tumeur fibreuse. Il constitue une sorte de segment de cylindre inextensible, formé de parois osseuses régulières sans saillies bien importantes, et sur l'une quelconque de ses faces le fibrome pourra venir bloquer l'intestin. L'ascension habituelle des fibromes, dont nous avons longuement parlé, évite en général cette éventualité, si une des causes précédentes de l'occlusion ne s'y oppose.

Le détroit supérieur peut encore être, par sa saillie assez vive, agent d'étranglement. Dans ce cas d'ailleurs l'arête de l'angle sacro-vertébral se montre très offensante pour les tuniques intestinales. Des observations notent (CHAVANNAZ) le degré extrême que peut atteindre la lésion en rapportant que le péritoine persistait seul encore alors que les tuniques moyenne et interne paraissaient rompues, et encore la séreuse sur les cinq sixièmes de sa circonférence était-elle de couleur grisâtre.

Dans l'étage abdominal, les occasions de compression occlusive diminuent. Les parois ne sont plus osseuses qu'en arrière et sur les côtés. Dans ce cas, il faut absolument supposer l'adjonction de causes spéciales telles qu'adhérences, brides, reliquats d'affections anciennes, pour comprendre qu'une occlusion se produise.

Bien entendu, si l'occlusion peut survenir chez une femme dont le bassin est de dimensions normales, à

plus forte raison l'existence d'un *bassin rétréci* sera-t-elle une cause adjuvante à sa production. SENNEWALD cite deux cas (Obs. XVIII et XIX) où un rétrécissement du bassin joua un rôle dans la survenue des accidents.

Diagnostic

Diagnostic Positif

L'expression clinique que revêt l'occlusion intestinale au cours des fibromes utérins ne nous retiendra que par quelques détails qui lui donnent une allure particulière.

Et d'abord, il est très malaisé, à la lecture d'observations aussi anciennes parfois, ailleurs aussi condensées, d'affirmer qu'il s'est toujours agi d'iléus vraiment aigus, d'occlusions nettement complétées. D'autant que les signes de cette affection sont loin souvent d'avoir la rigueur que l'on connaît par exemple aux symptômes d'une péritonite aiguë par perforation. Le polymorphisme de l'occlusion est tel qu'on peut soutenir, lorsque l'évolution s'est spontanément faite vers la guérison, qu'il s'agissait de simples accidents d'obstruction sans occlusion vraie. Et dans ce dernier cas, certains des cliniciens qui déniaient à l'occlusion par fibrome toute réelle existence, paraissent triompher.

Il faudrait donc exiger de l'examineur un scrupule accru et des arguments plus fouillés, lorsque se

posera devant lui la discussion d'un de ces cas litigieux. C'est que le tableau qu'il aura à comprendre est capable des variations symptomatiques les plus étendues.

Tantôt les signes se groupent pour constituer un syndrome hautement significatif. Après un début brusque ou même brutal, la violence extrême de la douleur et de ses paroxysmes, l'abondance des vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes, l'arrêt bientôt absolu des matières et des gaz, constituent déjà une triade évocatrice. Si de plus, l'examen fait la découverte d'un ballonnement en cadre ou généralisé, accompagné d'un péristaltisme dessiné sous la paroi, traduit à la percussion par un tympanisme particulier, le diagnostic d'occlusion s'impose.

Ailleurs les signes sont déjà moins nets. Le début s'est montré progressif, sans cette soudaineté qui inquiète. Depuis longtemps il existait une constipation lentement exagérée et rebelle aux traitements habituels. La douleur a pu faire défaut ou se réduire à une sensation simple de lourdeur ou de distension abdominale. L'abdomen s'est peu à peu distendu ; le péristaltisme n'est pas apparent. Ce sont là des occlusions bien moins franches que les précédentes mais cependant bien réelles, comme en témoigne souvent la gravité remarquable de l'évolution.

Dans ce cas, si les conditions matérielles s'y prêtent, on sait qu'un examen radiographique de l'abdomen, sans préparation, sera d'une très grande utilité pour affirmer rapidement l'occlusion et surtout pour en

présupposer le siège. En outre le même examen précisera la cause si l'on constate l'opacité du fibrome calcifié.

Diagnostic Etiologique

Il est en général facile, et parfois même, comme on le verra, trop facile.

Il repose d'abord sur la notion qu'avait la malade d'être atteinte de fibrome. Dans plus des quatre cinquièmes des cas le fibrome était connu avant les accidents aigus. Des ménorragies, l'augmentation de volume du ventre, des troubles de compression vésicale ou sciatique avaient été l'occasion d'un examen démonstratif. Parfois même les antécédents étaient encore plus expressifs. Ainsi certaines observations relatent la survenue d'accidents de subocclusion ayant duré plusieurs heures ou plusieurs jours et au moment desquels on avait déjà incriminé le fibrome.

Dans un cinquième des cas l'occlusion apparaît sans qu'on connaisse la présence de la masse fibreuse. C'est alors à un toucher vaginal systématique qu'il faut demander de la découvrir. C'est en règle sans difficulté. Le volume du fibrome, sa situation enclavée ou incarcérée dans les limites du pelvis, sa fixité et son étroite dépendance du corps utérin, laissent peu de place à l'erreur. On a cependant quelquefois signalé la gêne que le météorisme causait à la recherche du fibrome en modifiant les renseignements reçus du palper bimanuel, en masquant par une sono-

rité la matité sus-pubienne donnée par une masse volumineuse. On a noté aussi que parfois la situation fundique du myome jointe à ce même météorisme ne permettait pas d'en affirmer l'existence surtout lorsque sa taille ne sortait pas de l'ordinaire.

Le toucher rectal est non moins indispensable. Il a autorisé le chirurgien, dans la plupart des comptes rendus à préciser que la compression rectale était bien due à une tumeur dure, née du corps utérin, à noter que le doigt ne pouvait absolument pas se glisser entre cette masse fibreuse et la concavité sacrée, enfin et surtout à éviter cette erreur pénible qui consisterait à méconnaître l'existence d'un cancer rectal évident.

Diagnostic Différentiel

Il soulève en effet un débat des plus intéressants.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC UN CANCER DIGESTIF

Nous avons assez dit que l'occlusion par fibrome était une rareté pour qu'il soit aisé de comprendre que, même chez une malade occluse portant un fibrome évident, on doive suspecter systématiquement la possibilité d'une autre lésion affectant les parois du tube digestif.

Cette notion a été tout particulièrement mise en valeur par M. le Professeur Ag. OKINCZYK dans deux communications faites à la Société de Chirurgie. Elle était étayée d'observations qu'il nous paraît utile de reproduire ici. Nous y ajouterons des observations de

GEMAIN et une observation personnelle de M. le Professeur MOCQUOT.

Nous verrons ensuite quelles modifications ou plutôt quels compléments de l'examen sont suggérés par un tel diagnostic.

Obs. I. OKINCZYC

(Bull. et Mém. Société Nationale de Chirurgie.)

Le 19 novembre 1929, une malade de 44 ans est adressée à la consultation de mon service avec le diagnostic de fibrome utérin.

Cette malade, maigre, fatiguée, se plaint de ménorragies abondantes, surtout depuis un an. Les règles ont augmenté en quantité et en durée ; pas de métrorragies dans l'intervalle ; la malade n'accuse aucune douleur, elle se plaint seulement de pesanteur dans le bas-ventre et d'une constipation opiniâtre.

Dans les antécédents, nous relevons en 1922 des ménorragies et des métrorragies qui ont cédé spontanément ; en 1924, une intervention pour polype utérin.

A l'examen pratiqué le 19 novembre, le ventre n'est pas augmenté de volume. Au palper on sent au-dessus de la symphyse une petite tumeur arrondie, dure, mobile, qui a les caractères d'un fibrome utérin.

Au toucher vaginal, le col est régulier, conique, un peu abaissé ; l'orifice fermé regarde dans l'axe du vagin.

Par le palper bimanuel on sent le corps utérin en antéflexion plaqué derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, séparé de l'utérus par un sillon, on sent une masse assez volumineuse, dure, régulièrement arrondie, peu mobile et qui, en tout cas, ne se mobilise pas autant que l'utérus. Une autre tumeur est perçue en avant et se mobilise avec l'utérus.

Les culs-de-sac sont souples. Au toucher rectal on sent la masse du Douglas qui fait une saillie très marquée dans le rectum et s'étend jusqu'au sacrum comprimant le rectum. Diagnostic : fibromes utérins dont un postérieur avec tendance à l'enclavement. Nous conseillons l'opération à la malade qui préfère différer l'intervention.

Le 27 novembre, soit huit jours plus tard, elle est ramenée d'urgence dans mon service pour des phénomènes de subocclusion. Elle n'a pas été à la selle depuis quatre jours, mais il n'y a jamais eu arrêt complet des gaz. La malade ne souffre pas, ne vomit pas. A l'examen, l'abdomen présente un certain météorisme, avec sonorité tympanique à la percussion. Au palper, le ventre est souple, non douloureux. Quand on l'interroge, la malade déclare qu'elle n'est jamais demeurée si longtemps sans aller à la selle, mais jamais il n'y a eu de sang ni de glaires dans les selles.

Le pouls est à 120, la température à 38°.

Le toucher vaginal fournit exactement les mêmes renseignements qu'au précédent examen.

Convaincu en l'absence d'autres signes qu'il s'agit d'une compression du rectum, mais que l'occlusion complète n'est pas à redouter, je fais donner des laxatifs et administrer des lavements évacuateurs qui ne donnent aucun résultat. Le 30 novembre, les gaz cessent de passer ; les anses se dessinent sous la paroi avec des mouvements péristaltiques visibles. Il n'y a plus à hésiter et j'interviens aussitôt.

Toujours persuadé que ce syndrome d'occlusion est difficilement réalisé par une simple compression d'un fibrome, qui d'ailleurs garde encore une certaine mobilité, je tente une dernière preuve : je pratique une rachianesthésie. S'il ne s'agit vraiment que d'une compression la débâcle va se produire, ce qui facilitera d'ail-

leurs une opération qui, en raison du météorisme, s'annonce malaisée. La débâcle ne se produit pas ; sans plus attendre, j'interviens par cœliotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales distendues gênent l'exploration mais le diagnostic de fibrome utérin se confirme ; il y a deux tumeurs fibreuses, l'une antérieure, l'autre postérieure plus volumineuse, enclavées sans pression exagérée dans le pelvis. L'extériorisation en est assez facile. Malgré le désenclavement, il ne se produit aucun passage de gaz ni de matières dans le rectum. Il est donc à peu près certain que le fibrome n'est pas cause de l'occlusion et qu'il faut chercher ailleurs. Mais le champ opératoire déjà réduit par les anses distendues, est maintenant encombré par le fibrome extériorisé. Pour donner du jour, la meilleure solution est de pratiquer une hystérectomie, ce que je fais aussi rapidement que possible, assez gêné par les anses intestinales difficilement contenues et protégées. L'utérus et ses fibromes enlevés, l'exploration devient malgré tout plus facile et je puis sentir dans la fosse iliaque gauche un squirrhe du côlon pelvien. Son méso court ne se laisse pas amener dans mon incision médiane.

Pour gagner du temps dans cette opération qui va être prolongée par l'extériorisation du cancer intestinal, je renonce à péritoniser au siège de l'hystérectomie, me contentant de mettre en place un drainage à la Mikulicz et je suture la paroi en un plan sur la ligne médiane.

J'incise alors dans la fosse iliaque gauche. L'anse pelvienne du côlon qui porte la tumeur est extériorisée. Le méso est lié et sectionné aussi loin que possible. Les deux pieds de l'anse sont affrontés en canon de fusil, le péritoine suturé au pourtour. Puis l'anse est écrasée de part et d'autre de la tumeur et sectionnée. Je place un tube de Paul dans le bout afférent, je laisse l'écraseur en place sur le bout efférent. Pansement.

Le traitement post-opératoire a surtout consisté en injections intra-veineuses de sérum hypertonique. Assez rapidement tout rentre dans l'ordre. L'évacuation intestinale se fait régulièrement. Le tube tombe le quatrième jour : le même jour, l'écraseur du bout efférent est enlevé et je réunis par quelques points au fil de lin les deux bouts de l'intestin pour achever leur adossement sur la moitié de la circonférence.

Le mikulicz est enlevé facilement le sixième jour et je fais une première application de l'entérotome le neuvième jour. Tout se passe très régulièrement jusqu'au quinzième jour, où la malade est prise brusquement de nausées, en même temps que le ventre se météorise et que la température s'abaisse à 36°8. L'anus artificiel cesse de fonctionner ; des vomissements abondants apparaissent.

Le 16 décembre existent les signes d'une nouvelle occlusion qui paraît cette fois de siège élevé. Un vomissement nettement fécaloïde confirme le diagnostic.

J'interviens aussitôt sous anesthésie générale. Cœliotomie médiane. L'intestin grêle est fortement distendu par des liquides et des gaz. Je fais une ponction de l'anse la plus distendue et une évacuation aussi abondante que possible. L'exploration devient alors facile sans éviscération ni brassage. L'intestin grêle dans sa portion terminale, adhère dans le fond du douglas et dessine une coudure à angle aigu qui empêche complètement le passage des matières et des gaz. Sans essayer de libérer l'adhérence, je pratique entre l'anse afférente et l'anse efférente aplatie une anastomose latéro-latérale. Fermeture de la paroi en un plan.

Après quelques nouvelles injections de sérum hypertonique, les suites sont très simples et la malade se remet très rapidement ; si bien que je fais une nouvelle appli-

cation de l'entérotome le 13 janvier. Dans les jours qui suivent, la malade va spontanément à la selle par l'anus normal. Le 25 janvier, je pratique la fermeture de l'anus iliaque.

L'examen histologique de la tumeur intestinale a confirmé sa nature épithéliomateuse; il s'agit d'un épithéliome glanduliforme à cellules prismatiques ou cylindriques avec envahissement de toute l'épaisseur de la paroi.

Obs. II. OKINCZYC.

(*Bull. et Mém. Société Nationale de Chirurgie*, 1930.)

Mme C..., 52 ans, vient me consulter le 18 février 1933. C'est une ancienne malade que j'ai déjà examinée en 1925. Elle s'était déjà à cette époque aperçue par hasard de l'existence d'une tumeur dans le bas-ventre, faisant saillie dans la fosse iliaque gauche. Elle n'a jamais souffert. Réglée à 11 ans, les époques ont toujours été régulières. Jamais de ménorragies, ni métrorragies. Un peu de leucorrhée depuis 1924. Ni grossesse, ni fausse couche. La malade a toujours joui d'une bonne santé et n'a constaté ni fléchissement ni amaigrissement. A l'examen, le 27 juin 1925, l'abdomen dès l'inspection paraît quelque peu saillant, légèrement asymétrique. Le palper révèle à gauche de l'hypogastre, une tumeur dure et mobile qui semble plonger dans le pelvis.

Au toucher, le col est régulier avec son orifice dévié vers la gauche.

Par le palper bimanuel on perçoit une grosse tumeur, multilobée, mobile dont les mouvements se transmettent au col. Une grosse bosselure fait saillie à gauche dans la fosse iliaque. La consistance de cette bosselure est plus dure que le reste de la tumeur.

A ce moment, la malade n'accepte pas l'idée d'une intervention et je ne la revois qu'en février 1933.

Je la revois le 18 février, accompagnée par son médecin, qui me relate les incidents récents qui motivent cette nouvelle consultation.

Il y a un mois environ, sans trouble prémonitoire, sans troubles intestinaux marqués, apparut brusquement une crise franche d'occlusion avec arrêt complet des matières et des gaz, météorisme, douleurs et vomissements.

Au bout de deux jours, tout rentre spontanément dans l'ordre ; les selles deviennent régulières et il n'y a ni émission de sang ni de glaires.

Le médecin ayant constaté, au cours de cet accident, que le fibrome a notablement augmenté de volume, conseille à la malade de revenir me consulter.

Le ventre est maintenant plus gros, plus saillant qu'en 1925. Le fibrome est visible dès l'inspection. Au palper on sent une tumeur volumineuse qui remplit tout l'hypogastre. La bosselure du côté gauche s'est étendue et atteint le flanc gauche. Au toucher, on constate assez nettement deux tumeurs, l'une du flanc gauche, dure arrondie, assez mobile, l'autre incluse dans le pelvis, mais remontant jusque dans l'hypogastre, émergeant à droite, de consistance molle et peu mobile.

En raison des accidents d'occlusion, qui éveillent dans mon esprit un doute sur l'intégrité de l'intestin, malgré la régularité des fonctions intestinales après aussi bien qu'avant l'occlusion, en raison aussi de l'augmentation de volume du ventre, je conseille à la malade formellement l'intervention qui est acceptée, cette fois sans tarder.

Les examens des urines, du sang, ne fournissent aucune contre-indication à l'intervention. L'urée sanguine est à 0,35. Il n'y a ni sucre ni albumine.

Opération le 13 mars 1933. Coélotomie médiane sous-ombilicale. Sous la masse du fibrome, l'intestin n'est pas

visible. Nous extériorisons assez facilement la bosselure gauche du fibrome, mais tout le segment inférieur de l'utérus est déformé par un second fibrome volumineux, de consistance molle, et entièrement inclus dans le ligament large. Nous procédons à une énucléation méthodique, par dédoublement du ligament large, et nous pratiquons une hystérectomie subtotal. A ce moment, l'opération peut être considérée comme terminée après une péritonisation complète.

L'intestin, libéré des champs, ne présente rien d'anormal, mais, instruits par l'expérience, nous procédons à son exploration méthodique. Presque aussitôt nous découvrons à la partie supérieure du côlon sigmoïde, un noyau dur qui occupe le bord mésentérique du côlon et qui a tous les caractères d'un noyau de néoplasme. Mais cette localisation sur le bord mésentérique nous rappelle l'aspect des noyaux métastatiques observés dans les cancers multiples de l'intestin et nous poursuivons l'exploration. Nous trouvons alors au niveau de l'angle splénique du côlon une grosse tumeur ayant envahi le tissu sous-péritonéal postérieur.

Nous ne pouvons en raison de l'extension locale, et en raison du noyau métastatique constaté sur le côlon sigmoïde, envisager une exérèse. Pour parer à de nouveaux accidents d'occlusion, une dérivation seule est rationnelle. Nous donnons la préférence à une entéro-anastomose latéro-latérale entre le côlon transverse et le segment inférieur du côlon sigmoïde, en trois plans.

La paroi est fermée en trois plans sans aucun drainage. La guérison est obtenue dans les délais normaux sans aucun incident.

Obs. III. (BINET).

(Revue d'obstétrique et de gynécologie, Nancy 1931.)

Mme R..., 41 ans, de constitution robuste, et sans passé

pathologique, souffre depuis quelques mois de crises douloureuses de subocclusion intestinale. Elle éprouve pendant quelques jours avant les règles en général, du ballonnement du ventre avec arrêt des matières et des gaz. Puis l'intestin fonctionne à nouveau et l'état de santé redevient satisfaisant.

Toutefois, le 23 décembre 1928, une crise d'occlusion intestinale plus marquée que normalement se produit. Le ballonnement du ventre s'accroît, et l'arrêt des matières et des gaz est complet. Quelques nausées et quelques vomissements se produisent. Un de nos confrères, chirurgien, appelé par le médecin traitant à examiner la malade, diagnostique une occlusion intestinale venant compliquer un fibrome utérin. En raison de l'état alarmant de la malade, il conseille une entérostomie d'urgence.

Cet avis n'est pas accepté par la malade qui est très pusillanime, et 48 heures s'écoulent pendant lesquelles les symptômes s'aggravent encore.

Le mari me demande alors d'examiner la malade.

Le palper bimanuel donne peu de renseignements en raison du météorisme. L'utérus semble très volumineux et très peu mobile. Le toucher rectal confirme ces renseignements. On ne peut percevoir sur le rectum aucun rétrécissement. Après examen, j'insiste à nouveau sur la nécessité d'une intervention chirurgicale et finis par obtenir l'acquiescement de la malade.

Après rachianesthésie, laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve des anses intestinales dilatées, du volume de l'avant-bras et le gros intestin et le côlon sont plus volumineux encore. Silence abdominal complet. Les anses peuvent être refoulées vers le diaphragme et protégées par un lit de champs.

On aperçoit alors un kyste de l'ovaire gauche ; à droite il existe un hydrosalpinx. Les annexes sont enlevées

rapidement et on voit l'utérus fibromateux, de forme assez irrégulière et du volume d'une tête d'enfant. On l'attire au dehors et on perçoit au niveau du douglas des brides multiples et derrière ces brides une zone indurée, cartonnée, semblant faire corps avec le gros intestin. Je pratique l'hystérectomie subtotale, puis je sectionne ces brides qui cravaient l'extrémité inférieure du côlon pelvien et je découvre à la limite du côlon pelvien et du rectum un cancer en virole.

Je me contente d'amener une anse du côlon sigmoïde au niveau de la fosse iliaque gauche et de l'extérioriser en vue d'un anus iliaque ultérieur.

Suites opératoires simples.

Obs. IV. VILLAR (in thèse GEMAIN 1934.)

Mlle Dau..., 46 ans, entre à l'hôpital le 20 août 1932, pour fibrome compliqué d'occlusion intestinale. La malade se plaint depuis deux mois de coliques abdominales allant s'exagérant sans cesse, s'accompagnant de gargouillements, de sensation de torsion avec reptation des anses sous la paroi. En même temps vomissements, difficulté de s'alimenter, constipation augmentant avec parfois de la diarrhée. Les accidents se sont exagérés depuis le début d'août et la malade entre à l'hôpital presque d'urgence.

Le 9 août, le Docteur Villar constate un ventre légèrement ballonné, souple partout sauf au niveau de la fosse iliaque gauche, où on trouve une tumeur abdominale plongeant dans le petit bassin. Cette région est douloureuse. La persistance de l'hymen rend le toucher vaginal impossible. Le toucher rectal montre une tumeur du volume des deux poings, dure, un peu douloureuse, irrégulière, bosselée, qui paraît développée aux dépens de l'utérus, siégeant dans la partie gauche du bassin, et particulièrement fixe. On pense à un fibrome utérin

inclus à gauche, mais devant les accidents d'occlusion persistants et sachant la rareté de l'occlusion intestinale par fibrome, on pose le diagnostic de cancer du sigmoïde associé à un fibrome. C'est dans ces conditions que la malade est opérée le 12 août 1933, tout étant prêt pour une résection intestinale.

Laparotomie médiane sous et sus-ombilicale. La tumeur perçue est développée aux dépens du segment colosigmoïdien. Elle est grosse comme un petit melon, complètement fixée au détroit supérieur. L'exérèse est des plus difficiles. On est obligé de décoller tout le côlon descendant et de disséquer la tumeur petit à petit, de l'uretère, de la veine iliaque, et des vaisseaux mésentériques. On résèque le pédicule utéro-ovarien gauche. Par suite de la rétraction du méso au niveau de la tumeur, on est obligé de pousser très loin en haut et en bas la résection des deux bouts coliques. Anus médian en canon de fusil. Les deux bouts sont péniblement amenés hors de la cicatrice mais leurs vaisseaux sont assez tendus. Contre-incision latérale gauche pour mise en place d'un mikulicz dans la zone de décollement. Deux grosses pinces sont placées sur les bouts coliques. La résection de l'anse est faite au ras, l'opération étant complètement terminée. Suites difficiles, suppuration pariétale. Néanmoins, l'orifice artificiel se ferme et dans le courant de l'année 1933, l'intestin reprend son évacuation normale.

Obs. V. Due à l'obligeance du Professeur Mocquot.

Mme D..., vue le 21 octobre 1935, souffre depuis plusieurs années de constipation. Il y a sept ans, elle a eu des crises hépatiques pour lesquelles elle a fait une cure à Vichy. Il y a 24 ou 25 ans, on lui a dit qu'elle avait un fibrome, mais à part quelques petites pertes, ce fi-

brome ne lui a jamais occasionné de troubles. La ménopause s'est faite à 52 ans, sans incidents.

Depuis quelques mois la constipation s'est accentuée, les laxatifs ne donnent plus de résultat. En juin la malade, âgée de 69 ans, a fait une cure à Chatel-Guyon et n'en a retiré aucun soulagement. A ce moment, on a attribué les accidents au fibrome. Fin juillet s'est produite une petite crise d'obstruction intestinale. Alors on a prescrit des rayons X pour agir sur le fibrome et dix séances ont eu lieu entre août et septembre.

Mais à la fin de septembre, une nouvelle crise d'obstruction se produit. La malade éprouve de violentes coliques, elle ne peut aller à la selle ni même évacuer des gaz. Cependant les accidents cèdent sous l'influence du **décubitus ventral**.

Depuis quelque temps, la malade éprouve des besoins fréquents d'aller à la garde-robe près de dix fois par jour et elle n'expulse qu'une quantité insignifiante de matières et quelquefois un peu de sang. L'appétit est conservé. La malade a légèrement maigri.

Le ventre est souple, sans distension intestinale, sans tympanisme. Par le palper, on perçoit vaguement une tumeur assez volumineuse, dépassant le pubis. Le toucher vaginal combiné au palper permet de sentir une tumeur plus grosse que le poing, occupant à peu près une situation médiane, dure et irrégulière, globuleuse dans l'ensemble, faisant relief dans le cul-de-sac postérieur, à gauche paraissant assez mobile et, semble-t-il, indépendante de l'utérus. Le fond de celui-ci n'est pas senti avec précision, mais il paraît repoussé à droite.

Ces constatations avaient fait penser à un épithélioma de l'ovaire.

Une rectoscopie pratiquée n'avait pu monter à plus de 20 centimètres et l'on n'avait vu qu'un léger suintement de sang rouge venant de plus haut.

Opération le 25 octobre 1935. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Côlon pelvien légèrement distendu. La cavité pelvienne est remplie par un fibromyome ayant presque le volume des deux poings. Les ovaires sont sains. On ne peut arriver à voir la terminaison du côlon pelvien masquée par le fibrome, mais du doigt on perçoit en arrière une induration suspecte.

On pratique alors une hystérectomie subtotale, et l'on peut alors découvrir en arrière sur la terminaison du côlon pelvien une tumeur squirrheuse mobile à la jonction du rectum et du sigmoïde.

Deux conduites sont possibles : ou bien s'en tenir là, c'est-à-dire à l'ablation du fibrome, refermer l'abdomen et faire à gauche une colostomie pour réintervenir plus tard sur le cancer intestinal ; ou bien, faire d'emblée une opération de Hartmann. On s'arrête à ce dernier parti.

Le pelvis est dégagé, on pratique la libération du côlon pelvien et du haut rectum, et on coupe celui-ci à bonne distance, au-dessus du néoplasme. Le bout inférieur est immédiatement fermé à points séparés qu'on enfouit sous un double surjet. Mais la suture est assez difficile à réaliser au fond du pelvis au milieu d'un tissu cellulograisieux abondant. On pratique ensuite la libération du côlon pelvien, et le segment postérieur du cancer est largement extériorisé. On peut alors péritoniser la cavité pelvienne, fermer la paroi abdominale en faisant sortir le côlon par la partie supérieure de la plaie.

Examen de la pièce : tumeur squirrheuse de la partie inférieure du côlon pelvien, ayant envahi toute la circonférence de l'intestin, ulcérée avec des bords épais.

Suites opératoires assez bonnes. La malade avait bien supporté l'opération, mais, le quatrième jour, du liquide fétide s'écoule par le drain. Les signes s'aggravent peu

à peu et la malade succombe le huitième jour. La mort peut être attribuée à une cellulite pelvienne gangréneuse développée aux dépens du moignon intestinal.

Obs. VI. LAFOURCADE (in thèse GÉMAIN.)

Mme D..., 40 ans, d'Hossegor, est envoyée avec le diagnostic de fibrome utérin enclavé se compliquant d'occlusion intestinale. L'examen montre en effet un volumineux fibrome qui paraît bloqué dans l'excavation. Le toucher rectal pratiqué confirme les renseignements du toucher vaginal et ne met en évidence aucun signe du côté intestinal.

On trouve après laparotomie un fibrome enclavé. Hystérectomie assez pénible. Mais après celle-ci l'intestin se montre avec évidence porteur d'un cancer de l'S iliaque. Résection et anastomose latéro-latérale.

Obs. VII. LAFOURCADE (in thèse GÉMAIN.)

Mme S..., 42 ans, portugaise, a un passé fibromateux net (métrorragies). Actuellement, crise d'occlusion intestinale. Le diagnostic est celui d'occlusion compliquant un fibrome utérin.

Opération en juin 1930. Laparotomie. Fibrome du fond de l'utérus. On pratique l'hystérectomie subtotale puis on explore l'intestin. On découvre ainsi un néoplasme de la jonction recto-sigmoïdienne. On fait une résection intestinale et une entéro-anastomose latéro-latérale. Les suites opératoires sont bonnes. Néanmoins il se produit une fistule stercorale qui, assez rapidement, se bouche spontanément.

Revue récemment, la malade est en parfaite santé (mai 1934).

Ces observations nous paraissent du plus haut intérêt parce qu'elles montrent sans discussion possible

à quel point les néoplasmes du tube digestif simulent chez des malades atteintes de fibromes, les accidents d'occlusion que ceux-ci peuvent entraîner. Tous les signes que nous avons donnés comme valables, les antécédents de constipation, intermittente ou progressive, la présence d'une tumeur volumineuse du Douglas ou de l'hypogastre, se lisent dans les observations précitées. Il s'ensuit que le diagnostic d'une occlusion chez une fibromateuse doit obligatoirement comporter un détail particulier dans le dépouillement des renseignements de la clinique et de l'examen.

Tantôt c'est l'interrogatoire qui mettra sur la voie. Un passé digestif où s'associent l'amaigrissement, les hémorragies ou les écoulements rectaux, l'anémie progressive, doit paraître éminemment suspect même si une tumeur utérine existe et se manifeste de manière évidente par des métrorragies et des troubles de compression (Obs. V de Mocquot).

D'autrefois l'anamnèse est muette et c'est à l'exploration clinique qu'il faut demander des détails évocateurs. Nous ne parlons pas ici des cas où le doigt rectal apporte une preuve indiscutable de lésions néoplasiques, mais de ceux où, la mobilité relativement conservée de la tumeur sur le sacrum ou latéralement, le petit volume de celle-ci et sa consistance des plus banales, choquent l'examineur qui s'attendait à un volume ou à une fixité plus impressionnantes. Si on ajoute à cela que les règles n'ont pas semblé aggraver la constipation préexistante, on peut

soupçonner que le fibrome n'est pas la seule cause d'occlusion.

Nous insisterons là encore sur l'intérêt de la radiographie pour préciser ces cas douteux. Sans préparation, elle peut déjà faire estimer avec exactitude, le niveau où porte sur le grêle ou sur le côlon; la compression occlusive et déceler l'opacité du fibrome calcifié compresseur. En y adjoignant l'emploi d'un lavement baryté, sous faible pression bien entendu, il sera parfois possible d'affirmer que la compression est extérieure aux parois de l'intestin ou, au contraire que sa naissance est faite aux dépens des tuniques intestinales. Cependant il ne faut pas attendre des renseignements bien précis de la radiographie ; HILL n'a-t-il pas récemment montré qu'un fibrome pouvait, par déplacement intestinal et en dehors de toute cause d'occlusion, simuler un cancer colique ?

Ailleurs encore, explorations clinique et radiographique seront insuffisamment probantes. Ce que nous avons appris de la rareté des occlusions par fibrome doit rendre des plus circonspects lors de l'intervention. Hors le cas exceptionnel où la tumeur perçue dans le Douglas, loin d'appartenir au corps utérin se révélera n'être qu'une masse néoplasique hypertrophique et doublée d'adhérences, on sera souvent très gêné lors de l'exploration pour découvrir la cause exacte des accidents. L'importance du météorisme des anses grêles masque les lésions profondes. Le volume même de la tumeur fibreuse représente un écran presque infranchissable derrière lequel peut se dissi-

muler un petit squirrhé en virole, et très souvent on ne pourra pousser suffisamment l'investigation colique avant d'avoir fait une hystérectomie rapide. Il faudra alors s'astreindre à remonter soigneusement le cours de l'intestin par une palpation attentive, de manière à ne pas laisser échapper le moindre agent surajouté d'occlusion.

Si ces précautions sont bien prises, nous estimons que la recherche négative d'un néoplasme colique sera un argument très précieux qui autorisera à poser le diagnostic de compression véritablement due à un fibrome et au seul **fibrome**.

Les suites opératoires viendront encore à l'appui de cette manière de voir, puisque l'ablation de la masse fibromateuse sera suivie du rétablissement du cours des matières. Est-ce à dire cependant que cet effet probant sera rapidement obtenu ? Certaines observations le laissent, peut-être un peu vite, supposer. S'il est des cas où dès l'hystérectomie, le passage des gaz est à nouveau retrouvé, il ne faut pas ignorer qu'il en est d'autres où les fonctions intestinales semblent avoir quelque peine à reprendre leur cours normal. Ainsi l'observation XXIX, où le météorisme persista de telle manière après l'intervention, où l'état général demeurait si médiocre, que l'on craignit d'avoir omis une cause organique d'occlusion et qu'il fut jugé utile de réintervenir et de pratiquer un anus iliaque temporaire. Il fallut cependant bien se rendre compte que seul le fibrome était responsable de l'iléus, puisque la seconde exploration clinique et opératoire

fut aussi dénuée de résultats que la première, et puisque des radiographies du gros intestin, faites en utilisant l'anuscopie préalable demeurèrent absolument muettes. Il nous semble donc utile de retenir que si, habituellement, l'ablation du fibrome, en rétablissant presque tout de suite le cours des matières, prouve bien que ce fibrome était le seul responsable, il peut cependant exister des cas où cette preuve, tout en demeurant des plus valables, n'est pas aussi rapidement apportée. Aussi ne saurions-nous nous laisser guider, lors de l'examen opératoire par certaines méthodes, telles que l'emploi de la rachianesthésie, pour affirmer que l'occlusion est ou n'est pas due au seul fibrome. Si la rachianesthésie n'entraîne pas la débâcle souhaitée, on n'en peut tirer comme conclusion que la nécessité de reprendre ou de continuer avec le plus grand soin le dépouillement segment par segment de la totalité de l'intestin, sans pour cela éliminer d'office le rôle possible du fibrome.

Enfin, et bien que nous n'en puissions apporter la démonstration, il est encore possible que s'associent dans la production d'une occlusion chez une fibromateuse, deux mécanismes différents. Même si on lui découvre un petit néoplasme débutant, il se peut qu'un volumineux fibrome surajoutant une compression aggrave encore les faits. Dans ce cas, un traitement qui ne viserait qu'à dériver de loin le circuit intestinal, risquerait peut-être de laisser place à des phénomènes de sphacèle au niveau de la compression et serait la cause indirecte d'une péritonite mortelle.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC UNE HERNIE INTERNE

A côté de ce diagnostic essentiel, il est encore possible de voir coexister chez la même malade un fibrome avec une cause d'occlusion autre qu'un néoplasme intestinal. Une observation que nous allons rapporter illustre cette donnée :

Obs. VIII. Professeur GUYOT (in thèse GÉMAIN.)

Mme X... est apportée, il y a dix ans, d'urgence à la clinique pour occlusion intestinale. Il s'agit d'une grosse femme ayant un volumineux fibrome utérin. Elle a été prise la veille, d'une crise abdominale aiguë: douleurs, nausées, vomissements, arrêt des gaz.

Le diagnostic d'occlusion s'impose et la laparotomie est pratiquée d'urgence : on tombe sur un gros fibrome irrégulier.

On pratique une hystérectomie subtotal. A la fin de l'opération, en inspectant l'abdomen, on aperçoit une anse grêle très distendue. On la libère d'un orifice épiploïque dans lequel elle est étranglée.

Fermeture du ventre ; guérison.

Une observation de ce genre, malgré sa rareté, montre une fois de plus avec quelle circonspection on doit envisager le diagnostic d'occlusion par fibrome, et avec quel soin on doit explorer le pelvis et l'abdomen lorsque le champ opératoire a été dégagé par l'hystérectomie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES OCCLUSIONS COMBINÉES

Enfin il reste encore une erreur de diagnostic vraisemblable mais dont la gravité est bien moindre et

qu'il ne faut signaler que pour mémoire. Il est possible chez une malade atteinte d'une volumineuse masse utérine de porter un diagnostic d'occlusion alors qu'il ne s'agit que d'une forme pseudo-occlusive de torsion, d'un fibrome pédiculé ou de l'utérus lui-même. En principe dans ces cas s'il existe de la douleur et des vomissements, l'arrêt des matières et des gaz n'est pas absolu, mais si on laisse l'évolution se faire sans thérapeutique, l'occlusion se complète, et peut être, par la péritonite, cause de mort. PIQUAND et LEMELAND ont autrefois insisté sur ces notions. L'essentiel est d'ailleurs d'intervenir et le diagnostic est aisément réformé au cours de l'acte opératoire. Cependant on peut, et nous l'avons déjà vu, trouver une torsion amorcée dans les cas mêmes où il existe une compression intestinale effective. Nous avons expliqué plus haut comment nous interprétons ces constatations opératoires.

L'erreur est encore possible avec certaines torsions d'origine génitale. En particulier les torsions de kystes ovariens se traduisent souvent par un syndrome occlusif. A l'intervention, on a parfois la surprise de constater que le mécanisme de l'occlusion, loin d'être simple, relève au contraire de deux processus différents. HOCHENEGG a longuement traité de ces occlusions « combinées », et plus récemment LEVEUF a bien montré que lors d'une torsion kystique, il pouvait arriver que l'intestin soit entraîné, participe à la torsion sous la forme de volvulus par exemple, et

qu'ainsi soit créée une occlusion relevant d'une origine complexe.

Dans le service de M. MONDOR, il y a quelques semaines, a été opérée de kyste tordu de l'ovaire, une malade dont l'occlusion aiguë, grave, était due à un cancer recto-sigmoïdien.

Plusieurs problèmes sont suggérés par de semblables observations. Il est très difficile de discerner, lors de ces occlusions combinées, si l'iléus a été déclenché par la torsion, ou si cette dernière a été aidée par le météorisme, etc...

Pronostic

La lecture d'une trentaine d'observations le montre bien médiocre. En effet on y trouve 11 morts et 18 guérisons soit une mortalité d'environ 38 %. Evidemment ce chiffre est passible de contestations puisque certaines des observations ne sont peut-être que des erreurs de diagnostic, et qu'il est bien certain dans ce cas qu'un néoplasme méconnu de l'intestin, agent d'occlusion, sera le vrai responsable de la mort.

Il n'en reste pas moins que le fibrome peut à lui seul en comprimant l'intestin être cause d'une issue fatale.

Parfois c'est dès l'examen clinique que le pronostic s'avère mauvais. Ce ne sont pas toujours les formes à allure très aiguë, bruyantes et brutales de début, franchement dessinées dans leur symptomatologie clinique, qui sont les plus redoutables. Il faut bien plus se méfier de ces variétés sournoises, lentement constituées, d'expression réduite, inquiétant plus tard la malade ou le médecin. Dans ces derniers cas, l'alerte est tardive, l'occlusion ancienne, la stercorémie dissimulée mais très prononcée et le traitement ne permet pas la guérison.

D'autrefois, c'est lors de l'intervention que l'on doit s'alarmer. La constatation, chez cette malade à pouls

petit et filant, d'un météorisme énorme et surtout de lésions intestinales avancées à type d'escarre, est de mauvais augure.

Enfin ce sont parfois les suites opératoires qui inquiètent. Le rétablissement attendu du cours des matières et des gaz, ne se produit pas. Le météorisme persiste, les vomissements réapparaissent. La surveillance attentive de la malade n'évite pas toujours une péritonite secondaire par chute d'escarre, dont la contracture significative aura été masquée par la distension intestinale.

Traitement

On envisagera d'abord ce qui a été fait par les chirurgiens dont nous avons relevé les observations.

Plusieurs ont utilisé le *traitement non-opératoire*, c'est-à-dire qu'ils ont tenté, pour mettre fin aux accidents menaçants, de faire passer la masse utérine de la cavité pelvienne où elle est à l'étroit et comprime l'intestin, à l'étage abdominal où l'intestin pourra fuir la compression (DOUAY, DUCHAUSSOY, J. HUE). La malade étant placée en décubitus dorsal ou en position genu-pectorale, le médecin tente par des pressions vaginales ou rectales, lentes et douces, de refouler, d'accoucher en quelque sorte la tumeur du pelvis dans l'abdomen. Quelques succès ont été ainsi obtenus. Mais il est logique de penser après ce que nous avons dit, qu'on ne saurait préconiser une telle manière de faire. Utile dans des cas d'espèce, pour parer aux accidents immédiatement menaçants, cette méthode présente à priori de nombreux inconvénients. Elle est évidemment traumatisante, souvent inefficace (BERNADET) et surtout elle laisse demeurer l'agent de l'occlusion. Comme en outre elle est aveugle son rôle doit être strictement réduit aux contre-indications absolues de la chirurgie.

Le *traitement chirurgical* utilisé par la plupart a beaucoup varié dans ses modalités. Nous ne ferons que citer les colostomies lombaires mentionnées dans les communications de HOLDHOUSE et de BROCA. Reliquats d'une époque où l'ouverture du péritoine était un désastre, elles ne sont plus qu'un souvenir. D'ailleurs les observations où elles furent pratiquées ne furent pas heureuses.

A une époque plus récente, il semble qu'on ait eu à choisir entre deux modalités principales, l'une qui visait à évacuer l'intestin par un anus iliaque, l'autre qui se proposait l'ablation de l'agent d'occlusion.

Si l'anus iliaque présente des avantages incontestables de rapidité et de bénignité sur une intervention exploratrice longue et shockante, on peut lui faire de graves reproches : il est inefficace contre la nécrose des parois intestinales, nécrose que plusieurs observations mettent en évidence et dont l'aboutissant est la perforation. On ne devra donc pratiquer une dérivation simple des matières que lorsqu'une exploration suffisamment soigneuse aura certifié l'absence de toute lésion préperforative des parois intestinales.

La laparotomie est donc presque indispensable si on veut cataloguer exactement les lésions, mais elle peut devenir, dans le cas qui nous occupe, une opération grave et shockante. Le danger d'éviscération est énorme avec ces anses dilatées. L'examen, long et minutieux, de l'intestin aggrave encore le risque précédent. Enfin souvent la masse fibromateuse s'oppose à

toute exploration. Il faut alors une hystérectomie première pour faire place nette et parcourir l'intestin. L'état général de la malade si vite angoissant ne permet pas toujours une pareille technique.

Tactique Opératoire

C'est pourquoi la *conduite à tenir*, pour autant qu'on puisse la fixer dans ses grandes lignes, devra être la suivante :

D'abord choisir une *anesthésie* qui permette au mieux l'exploration de l'abdomen. Dans bien des cas, si la tension artérielle l'autorise, on donnera la préférence à la rachianesthésie qui procure un silence abdominal appréciable. On fera alors rapidement une coeliotomie médiane sous-ombilicale.

Puis vient le temps capital qui est d'examiner soigneusement, mais sans perte de temps inutile, le contenu de l'abdomen. Là encore on peut voir se poser l'alternative suivante : ou bien, une fois les anses grêles refoulées, la masse fibreuse apparaît tout de suite énorme, irrégulière, bosselée, et on a l'impression vite vérifiée qu'elle ne permettra pas l'exploration intestinale ; dans ce cas il faut après avoir tenté de désenclaver ou, si on n'y parvient pas, après morcellement, pratiquer rapidement l'hystérectomie subtotale ; il deviendra ensuite possible de vérifier l'état de l'intestin terminal.

Ou bien il apparaît tout de suite que le fibrome.

bien que volumineux, peut être extériorisé sans peine. Là alors il est préférable pour gagner du temps de remettre l'hystérectomie à un temps ultérieur après l'exploration systématique de l'intestin.

Après ce que l'on pourrait nommer ces travaux d'approche, il va devenir possible de contrôler par la vue et surtout par la palpation, le diagnostic porté sous réserve par le seul examen clinique. Deux cas pourront se rencontrer ;

Ou bien le diagnostic était exact, le fibrome apparaît bien comme le véritable auteur de l'occlusion. Il faudra alors avec un grand soin évaluer le degré d'atteinte des tuniques intestinales. Si la lésion semble bénigne, on se contentera d'enfouir par quelques points la zone d'attrition. Si au contraire, il semble y avoir menace de perforation étendue on pourra se voir obligé de faire l'extériorisation du segment intestinal atteint.

Deux questions se posent encore. D'abord faut-il faire systématiquement l'ablation de la masse fibromateuse ? Nous avons dit tout à l'heure qu'on était quelquefois amené à la faire à seule fin d'explorer convenablement. En dehors de cette règle, l'hystérectomie doit dépendre d'une juste évaluation de l'état général de la malade. S'il est bon, il est évidemment plus rationnel d'enlever l'agent d'occlusion de manière à en terminer d'une seule opération avec l'occlusion et sa cause. Si au contraire l'état général est médiocre ou franchement mauvais, et qu'on a eu la chance

de pouvoir explorer l'intestin sans enlever le fibrome, et si on a constaté que l'intégrité relative des tuniques intestinales le permettait, il semble préférable de remettre à plus tard l'ablation utérine et de se contenter de faire un anus iliaque temporaire de dérivation. Dans un autre temps on fera l'hystérectomie puis on finira par la fermeture de l'anus.

Le deuxième point à discuter est de savoir si on doit faire habituellement un anus iliaque qu'on ait enlevé ou non l'utérus. En principe la plupart des observations montrent que la tumeur une fois supprimée, le transit se rétablit dans trop de difficulté. Il nous semble cependant d'après l'observation de J. CALVET, que parfois un anus iliaque droit, ou une simple iléostomie peut être un adjuvant très utile du traitement en facilitant la reprise d'une évacuation normale, en remontant plus rapidement l'état général. La fermeture en sera souvent sans grandes difficultés.

Il peut arriver au contraire que le diagnostic se révèle, à la lecture des lésions, erroné. On a cru à une occlusion par fibrome. Il y a en réalité un cancer colique.

Si la constatation du néoplasme se fait dès l'ouverture du ventre (Cas 2 d'OKINCZYK), on aura le choix entre le traitement immédiat de la tumeur colique (résection et entéro-anastomose) si l'état général le permet, et entre l'abandon de toute tentative d'exérèse instantanée, si la malade semble incapable de supporter une intervention un peu délicate ou si, ce qui arrive à des chirurgiens non prévenus, les conditions

opératoires n'autorisent pas une intervention inattendue. On se contentera alors d'une simple extériorisation ou même d'une dérivation.

Si l'exploration, comme on l'a dit tout à l'heure est rendue impossible par le volume de la tumeur fibromateuse, il faut l'hystérectomie pour apercevoir l'épithélioma intestinal. A ce moment la suite de l'opération dépend encore des conditions d'anesthésie plus ou moins bien supportée, d'intervention plus ou moins rapide, d'état général plus ou moins touché. C'est en se fondant sur tous ces points que l'on pourra choisir, soit de continuer l'intervention par l'ablation immédiate du néoplasme, soit de ne faire qu'un temps préparatoire.

Un point de détail qui peut avoir son importance: il ne semble pas à conseiller de ne pas péritoniser la tranche vaginale pour accélérer le temps d'hystérectomie. On risque en effet comme dans l'observation I de voir survenir dans les suites opératoires une occlusion du grêle au niveau de cette tranche même protégée par un Mikulicz.

Bien entendu on emploiera tous les moyens usuels pour remonter l'état général, soutenir le cœur, remédier à la deshydratation et à la chute des chlorures sanguins. On suivra de très près la réapparition d'abord des gaz puis des selles. On vérifiera que l'abdomen reste souple et que le météorisme ne fait pas place à une défense alarmante.

Dès que le malade sera hors de danger il pourra être utile de vérifier encore à la radiographie la perméabilité de la lumière intestinale et la souplesse de ses parois pour acquérir définitivement la certitude que l'occlusion ne se reproduira pas.

Conclusions

I. — Si l'occlusion intestinale n'est qu'une complication très rare au cours de l'évolution des fibromes utérins, son existence ne nous paraît pas douteuse. Elle apparaît chez la femme de quarante à cinquante ans surtout. Dans sa production l'augmentation de volume subie par l'utérus lors des règles ou à l'occasion d'une gravidité joue un rôle important, alors que parfois c'est une chute ou un traumatisme qu'il faut incriminer.

II. — Le mécanisme de l'occlusion s'explique lorsque le fibrome se trouve pour une raison quelconque de taille, de poids ou de forme, incarcéré ou bloqué dans la cavité pelvienne. La calcification du fibrome semble encore un élément de grande valeur pour expliquer les accidents qu'il entraîne. Plus accessoirement ce sont des lésions de torsion, ou de salpingite associée qui paraissent responsables. Il faut encore pour que l'occlusion se produise que l'intestin ne puisse, pour des raisons anatomiques ou physiologiques, fuir devant la compression. Ces différentes

notions expliquent le siège habituellement colique ou rectal de l'occlusion et sa fréquence surtout pelvienne par opposition à la rareté de son siège dans l'abdomen.

III. — L'expression clinique de lésions intestinales pouvant aller jusqu'au sphacèle est assez polymorphe, mais en général aisée à reconnaître, étant donné que le fibrome est souvent connu avant l'occlusion ou très apparent à l'examen clinique. Plus difficile est d'éviter l'erreur fréquente d'ignorer l'existence d'un néoplasme du tube digestif masqué par le fibrome. On devra s'y attacher soigneusement lors de l'exploration clinique ou radiographique et au moment de l'intervention.

IV. — L'occlusion par fibrome est de pronostic grave. La mort survient fréquemment. Les suites sont à l'ordinaire difficiles. Comme toujours le pronostic dépend du siège de l'occlusion, de l'état général préalable de la malade, et avant tout de la précocité de l'intervention.

V. — Le traitement, difficile, doit répondre à la double préoccupation d'être rapide et cependant de ne pas commettre une erreur de diagnostic. Très souvent l'exploration de l'abdomen nécessite l'hystérectomie. L'inventaire des lésions une fois fait, c'est la résistance de la malade qui permet ou interdit la cure immédiate des lésions intestinales, qu'il s'agisse

de compression simple ou d'occlusion néoplasique. Si on ne peut traiter l'affection en un seul temps, il sera souvent profitable de commencer par une simple dérivation intestinale à condition toujours d'avoir fait convenablement l'examen de l'intestin.

Vu :

**LE DOYEN,
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LENORMANT.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.**

Bibliographie

- BAUER. — Complications des fibromes utérins. (Thèse Strasbourg 1903.)
- BELIARD. — Contribution à l'étude des obstructions chroniques du gros intestin. (Thèse Paris 1911.)
- BERNADET. — (Thèse Toulouse 1922.)
- BINET. — (*Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chirurgie* 1933.)
- (Réunion obstétrique et gynécologie. Nancy 1931.)
- BOECKEL. — Occlusion intestinale par fibrome. (*Rev. de gyn.* 1899.)
- BROCA et FAUCON. — (*Bull. et Mém. de la Soc. nationale de Chirur.* 1873.)
- CAVAILLON et LECLERC. — (*Revue de gynéc. et de Chirur. abdom.* 1907.)
- CHAVANNAZ. — (*Revue de gynéc. et d'obt. Bordeaux* 1901.)
- COFFIN. — Complications des fibromes. (Thèse Paris 1909.)
- CZEMPIN. — Complications des fibromes utérins. (*Berliner Klinische Wochens*, 1899.)
- CULLINGWORTH. — Myom as cause of death. (*Trans. of the Pathol. Soc. London*, 1898.)
- DUCHAUSSOY. — (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1860.)
- FAURE (J.-L.). — (*Traité de Gynécologie.*)
- FERCY-PATON. — (*British med. Journ.*, janvier 1903.)

- FREDET. — Utérus fibreux traité par les rayons X. (*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, mars 1922.)
- GEMAIN. — L'occlusion intestinale dans les fibromes de l'utérus. (*Thèse*, Bordeaux, 1933-1934.)
- HILL. — Effets de l'état de l'utérus sur la bouillie barytée. Fibromes simulant un cancer colique. (*The british medical journal*, avril 1934.)
- HOLDEN. — Survey of 135 cases of occlusion of the bowels. (*Archives of surgery*, Chicago, 1926, VIII, 882.)
- HOLDOUSE. — (*Transac. of the pathological society London*, 1873, III, 273.)
- KOEBERLÉ. — Compression du rectum par fibrome. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1869.)
- LAMARRE. — (*Bulletins de la Société anatomique*, 1883.)
- MATHIEU. — Etude clinique des occlusions lentes du gros intestin par fibrome. (*Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1913, 917.)
- MAZET. — Occlusion intestinale par les fibromyomes de l'utérus. (*Thèse*, Bordeaux, 1907.)
- METIVET. — (*Bull. et Mém. Société Nationale de Chirurgie*, Paris, 1933.)
- MONDOR. — Les diagnostics urgents de l'abdomen, 3^e éd., 1937.
- NICOLSKY. — Evolution et complications des fibromyomes. (*Thèse*, Paris, 1901.)
- OKINCZYK. — (*Société Nationale de Chirurgie*, 19 février 1930.)
- (*Société Nationale de Chirurgie*, 29 mars 1933.)
- PELLANDA. — La mort dans les fibromes utérins. (*Thèse*, Lyon, 1919.)
- PEREZ-FONTANA. — Les occlusions intestinales en gynécologie, Montevideo, 1922-23.
- POZZI. — Traité de gynécologie.

- ROTON, VIELLE et BABLET. — Fibrome d'origine utérine calcifié et encastré dans le petit bassin entre ovaire et S. iliaque. (*Bull. de la Société médico-chirurg. de l'Indochine*, octobre 1925.)
- PIQUAND et LEMELAND. — Torsion des fibromes. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 10 juin 1909.)
- SENNEWALD. — Myoma as cause of ileus. (*Zentralblatt für gynäk.*, août 1930.)
- TARTE. — (*Thèse*, Nancy, 1922.)
- TRAWERS. — Occlusion par fibromyomes. (*The british gynecological journal*, novembre 1901.)
- VLACHOS. — Fibromyomes et occlusion intestinale. (*Thèse*, Paris, 1922.)
- WEBER. — Occlusion par grand fibrome calcifié. (*Société de gynéc.*, Paris, 1926, XV, 523.)

Table des Matières

AVANT-PROPOS	11
HISTORIQUE	13
OBSERVATIONS	17
Etiologie	41
Anatomie pathologique	45
Mécanisme	53
Diagnostic	63
Diagnostic positif	63
Diagnostic étiologique	65
Diagnostic différentiel	66
Pronostic	87
Traitement	89
Tactique opératoire	91
CONCLUSIONS	97
BIBLIOGRAPHIE	101